

SANDRA MARIA CAMPINOS RODRIGUES

**DETERMINANTES E VIVÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA A  
PARENTALIDADE, EM IDADE REPRODUTIVA TARDIA, EM MÃES  
PELA PRIMEIRA VEZ**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em  
Ciências de Enfermagem, submetida ao  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
da Universidade do Porto

**Orientador** – Doutora Isabel Margarida Mendes

**Categoria** – Professora Coordenadora

**Afiliação** – Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra

**Coorientador** – Doutora Marinha do Nascimento  
Carneiro

**Categoria** – Professora Coordenadora

**Afiliação** – Escola Superior de Enfermagem do  
Porto



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes e à Professora Doutora Marinha do Nascimento Carneiro pela disponibilidade, ensinamentos constantes e apoio nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Doutor Luís Graça pela sua atenção e disponibilidade.

Às grávidas e mães participantes que permitiram a possibilidade de realizar esta investigação.

Ao Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. e Hospitais privados Cliria – Aveiro pelo deferimento para realização deste estudo.

À minha família, pelo apoio incondicional que contribuiu sem dúvida para a minha motivação para realização deste trabalho.



## RESUMO

**Introdução:** Atualmente tem-se assistido a um adiamento da maternidade, especialmente em países ocidentais industrializados, em que as mães têm o seu primeiro filho após os 35 anos. Este fenómeno está associado ao facto da mulher investir cada vez mais no seu percurso académico, estabilidade financeira e conjugal, adiando a decisão de ser mãe.

**Objetivos:** Referente ao estudo qualitativo é compreender as vivências e os determinantes bio-psico-sociais que envolvem a maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez. Relativamente ao estudo quantitativo é descrever a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.

**Metodologia:** O primeiro estudo de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica descritiva foi realizado a uma amostra intencional, constituída por 35 mulheres em idade reprodutiva tardia no terceiro trimestre da gravidez e no sexto mês após o parto. Foi realizada, após consentimento informado, uma entrevista aberta, não estruturada. Os dados foram analisados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi (1985,1997). Relativamente ao segundo estudo de natureza quantitativo, utilizámos o método descritivo-correlacional. A amostra não probabilística acidental, foi constituída por um total de 137 mães em idade reprodutiva tardia no sexto mês após o parto. Foram aplicados três instrumentos: o questionário de caracterização sociodemográfica; *The Being a Mother Scale (BaM-13*; Matthey, 2011); *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA*; Kumar, Robson, & Smith, 1984).

**Resultados:** Da análise dos dados do estudo qualitativo, emergiram duas estruturas essenciais, a primeira estrutura diz respeito às **vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia**, com os seguintes contextos: consciencialização do papel materno; os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade; o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade; a relação conjugal e o contexto social, família alargada e amigos. A segunda estrutura engloba as **vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia**, emergindo os seguintes contextos: o assumir do papel parental; a relação com o filho; o curso de preparação para o parto e parentalidade; a relação conjugal e o contexto social, família alargada e amigos. No estudo quantitativo

descritivo-correlacional, relativamente ao estudo psicométrico da *Escala autopercepção de Ser Mãe (EapSM)* optámos por manter os três domínios originais da escala, por razões teóricas. Neste estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .78, indicando uma consistência interna razoável. Os resultados demonstraram que à medida que a idade materna aumenta, as mães apresentam menos sintomas somáticos e que o estado civil parece influenciar o ajustamento e as atitudes maternas. No estudo correlacional, verificou-se que quanto melhor for a percepção da mãe relativamente à experiência da maternidade, melhor serão as suas atitudes e ajustamento. Para além disso, os dados mostraram que a idade materna e a experiência que a mãe tem com a criança/bebé, predizem sintomas somáticos maternos.

**Conclusão:** A realização desta investigação permitiu-nos compreender a forma como a maternidade é vivenciada e experienciada por estas mulheres, e ao conhecer as suas necessidades, os Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, em particular, podem desenvolver intervenções adequadas, de forma que considerem esta área prioritária nos cuidados de enfermagem.

**Palavras – Chave:** Gravidez Tardia; Maternidade Tardia; Transição para a Maternidade e Parentalidade; Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Currently, there has been an increase of late motherhood, especially in western industrialized countries, in which mothers have her first child after 35 years of age. This phenomenon is associated with increase women's investment in their academic career and seek financial and marital stability, postponing the decision to be a mother.

**Aims:** Regarding the qualitative study is to understand the experiences and the determinants involving motherhood in late reproductive age, in first-time mothers. Regarding the quantitative study is to describe the self-perception of being a mother in late reproductive age, in first-time mothers, in the six month postpartum.

**Methodology:** The first qualitative study with descriptive phenomenological approach it was performed at a purposive sample consisting of 35 women, in late reproductive age in the third trimester of pregnancy and at six months postpartum. Was applied an unstructured open interview, after informed consent. Data were analyzed according to the descriptive phenomenological method of Amedeo Giorgi (1985, 1997). Regarding the second quantitative study, was used a descriptive-correlational method. The sample was non-probabilistic accidental, consisting of 137 women in late reproductive age at six months postpartum. Were applied three instruments: a sociodemographic questionnaire; *The Being a Mother Scale (BaM-13*; Matthey, 2011); *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA*; Kumar, Robson, & Smith, 1984).

**Results:** From data analysis arose two main structures. The first structure relates to the maternal experiences of transition to parenthood in pregnancy in late reproductive age, emerging the following contexts: awareness of the maternal role; biopsychosocial determinants in the postponement of motherhood; the benefits of childbirth preparation course; the marital relationship and the social context, extended family and friends. The second structure includes maternal experiences of the transition to parenthood in postpartum in late reproductive age, emerging the following contexts: assume a parental role; relationship with the child; the benefits of childbirth preparation course; marital relationship and the social context, extended family and friends. Concerning to the psychometric study we opted to maintain the three original domains of the scale, because of theoretical reasons. In this study, we obtained a Cronbach's alpha of .78, indicating a reasonable internal consistency. The results showed that as increasing maternal age, mothers exhibit fewer somatic symptoms and marital status seems to influence the

maternal adjustment and attitudes. In the correlational study, it was found that the better is the mother's perception regarding the experience of motherhood, the better will be their attitudes and adjustment. In addition, data showed that maternal age and mother-child experience predict maternal somatic symptoms.

**Conclusion:** This research allowed us to understand how motherhood is lived and experienced by these women, and by knowing their needs Obstetrics Specialist Nurses can develop adjusted interventions, considering a focused area in nursing care.

**Keywords:** Pregnancy Late in Life; Late Motherhood; Transition to Motherhood and Parenting; Nursing Care.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

BaM-13 – The Being a Mother Scale

CHBV-UA – Centro Hospitalar Baixo Vouga- Unidade de Aveiro

EapSM – Escala autoperceção de ser mãe

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

G – Grávida

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Mãe

MAMA – Maternal Adjustment and Maternal Attitudes

Máx – Máximo

Min – Mínimo

N – Total número de casos

n – Número de casos numa subamostra

KMO – Teste de Kaiser-Meyer Olkin

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

V.D – Variável Dependente

V.I – Variável Independente



## SÍMBOLOS

$\alpha$  – Alfa de Cronbach

B – Coeficiente de regressão não estandardizado

$\beta$  – Coeficiente de regressão estandardizado Beta

d – Teste de Durbin-Watson

DP – Desvio padrão

EP – Erro padrão

F – Distribuição F-Snedecor

M – Média

MO – Média das ordens

Md – Mediana

$M_o$  – Moda

p – Probabilidade de obter o valor da estatística de teste

r – Coeficiente de correlação de Pearson

$r_s$  – Coeficiente de correlação de Spearman

$R^2$  – Coeficiente de determinação

t – Teste t student

U – Teste de Mann-Whitney

VIF – Fator de inflação da variância

$\chi^2$  – Qui-quadrado

Z – Valor Z



## ÍNDICE

RESUMO.....	V
ABSTRACT .....	VII
ABREVIATURAS E SIGLAS .....	IX
SÍMBOLOS .....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVII
ÍNDICE DE QUADROS .....	XIX
ÍNDICE DE ESQUEMAS .....	XVI
INTRODUÇÃO .....	1

### PARTE I – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO

#### CAPÍTULO I – A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE EM IDADE REPRODUTIVA TARDIA .....7

1. ADAPTAÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS.....9
2. DETERMINANTES BIO-PSICO-SOCIAIS.....11

#### CAPÍTULO II – CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MATERNA.....15

1. RELAÇÃO COM O FILHO .....16
2. RELAÇÃO CONJUGAL .....18
3. RELAÇÃO COM A FAMÍLIA .....19

#### CAPÍTULO III – TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE E PARENTALIDADE .....23

1. PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE .....26
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA MULHER  
NO CONTEXTO DA MATERNIDADE EM IDADE REPRODUTIVA TARDIA.....33

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### **CAPÍTULO I – METODOLOGIA ..... 39**

1. DESENHO DO ESTUDO.....	39
2. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO QUALITATIVO .....	41
2.1. Justificação e finalidade do estudo .....	41
2.2. Delimitação do fenómeno em estudo e objetivos .....	42
2.3. Questões orientadoras.....	42
2.4. Contexto do estudo.....	43
2.5. Participantes no estudo .....	43
2.6. Processo de recolha de dados.....	45
2.7. Procedimentos para análise dos dados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi (1985,1997) .....	47
2.8. Procedimentos formais e éticos .....	50
3. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO QUANTITATIVO.....	51
3.1. Tipo de estudo e questões de investigação .....	51
3.2. Objetivos de estudo e hipóteses .....	52
3.3. População e Amostra.....	54
3.4. Variáveis.....	55
3.4.1. Variáveis independentes.....	55
3.4.2. Variáveis dependentes.....	56
3.5. Instrumentos de recolha de dados.....	58
3.6. Procedimento de recolha de dados.....	61
3.7. Procedimentos estatísticos .....	62

### **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..... 65**

1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO.....	65
1.1. Caracterização das participantes.....	65
1.2. Vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em mães em idade reprodutiva tardia .....	67
1.2.1. Transição para a parentalidade e a consciencialização/ interiorização do papel materno.....	68

1.2.2. Transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade.....	77
1.2.3. Transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade .....	81
1.2.4. Transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal .....	89
1.2.5. Transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos .....	91
1.3. Vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em mães em idade reprodutiva tardia.....	94
1.3.1. Transição para a parentalidade e o assumir do papel materno .....	96
1.3.2. Transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho .....	102
1.3.3. Transição para a parentalidade e o contexto do curso de preparação para o parto e parentalidade .....	108
1.3.4. Transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal .....	113
1.3.5. Transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos .....	116
1.4. Discussão dos resultados do estudo qualitativo .....	122
 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO .....	155
2.1. Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da <i>EapSM</i> .....	155
2.2. Estatística descritiva.....	160
2.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	160
2.2.2. Estatística descritiva da variável autoperceção de ser mãe.....	162
2.2.3. Estatística descritiva da variável atitude e ajustamento materno .....	163
2.3. Estatística inferencial .....	164
2.3.1. Influência das variáveis sociodemográficas na variável autoperceção de ser mãe.....	164
2.3.2. Influência das variáveis sociodemográficas na variável atitude e ajustamento materno.....	170
2.3.3. Influência da variável atitude e ajustamento materno na autoperceção de ser mãe .....	179
2.3.4. Estudo preditivo dos sintomas somáticos maternos .....	180
 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO .....	183

### **PARTE III – CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS**

<b>CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS E INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>197</b>
---	------------

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>205</b>
--------------------------	------------

#### **ANEXOS**

ANEXO I – Autorização do CHBV-UA e Hospitais privados CLIRIA .....	217
ANEXO II – Consentimento livre esclarecido do estudo qualitativo e quantitativo .....	221
ANEXO III – Questionário Sociodemográfico .....	227
ANEXO IV – <i>Escala de autopercepção de Ser Mãe</i> .....	231
ANEXO V – Questionário MAMA Pós-Natal .....	235
ANEXO VI – Autorização para a utilização do questionário <i>MAMA</i> e da escala <i>EapSM</i> .....	243

#### **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Guião da entrevista .....	251
APÊNDICE II – Propriedades psicométricas do questionário <i>MAMA</i> .....	255
APÊNDICE III – Propriedades psicométricas da <i>EapSM</i> .....	259
APÊNDICE IV – Publicação no Suplemento de Atas e Comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem .....	263
APÊNDICE V – Publicação de Artigo na Revista de Enfermagem Nursing .....	267
APÊNDICE VI – Artigo original publicado na Revista de Enfermagem Nursing.....	281



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Desenho do estudo de investigação.....	40
<b>Figura 2.</b> Esquema da operacionalização das variáveis – variável dependente atitudes e ajustamento materno em primíparas em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.....	57
<b>Figura 3.</b> Esquema da operacionalização das variáveis – variável dependente autoperceção ser mãe em primíparas em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.....	57



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi (1985, 1997) .....	49
<b>Quadro 2.</b> Consistência interna do <i>MAMA</i> – versão pós-natal .....	61
<b>Quadro 3.</b> Caracterização das participantes do estudo qualitativo .....	66
<b>Quadro 4.</b> Estrutura 1 relativa às vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia.....	67
<b>Quadro 5.</b> Estrutura 2 relativa às vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia .....	94
<b>Quadro 6.</b> Médias, desvios-padrão, correlações item-total, alfa de Cronbach se o item for removido e coeficientes para cada item e para o total ( <b><i>N</i> = 137</b> ).....	156
<b>Quadro 7.</b> Consistência interna da escala total e das subescalas da <i>EapSM</i> ( <i>N</i> = 137) .....	157
<b>Quadro 8.</b> Estatística descritiva da Escala <i>EapSM</i> ( <i>N</i> = 137).....	157
<b>Quadro 9.</b> Matriz de correlações entre as subescalas e a escala total da <i>EapSM</i> ( <i>n</i> = 137) .....	158
<b>Quadro 10.</b> Solução de 3 fatores e respectivas saturações .....	159
<b>Quadro 11.</b> Correlações de Spearman entre os fatores e o total da <i>EapSM</i> e a subescala do <i>MAMA</i> ( <i>n</i> = 137) .....	160
<b>Quadro 12.</b> Características sociodemográficas da amostra do estudo quantitativo ( <i>N</i> = 137) .....	161
<b>Quadro 13.</b> Valores descritivos das dimensões e do total da <i>EapSM</i> ( <i>N</i> = 137).....	163
<b>Quadro 14.</b> Valores descritivos das dimensões e do total do <i>MAMA</i> ( <i>N</i> = 137).....	163
<b>Quadro 15.</b> Correlação de Spearman entre a idade e a <i>EapSM</i> ( <i>N</i> = 137).....	164
<b>Quadro 16.</b> Teste Mann-Whitney entre a idade e a <i>EapSM</i> ( <i>N</i> = 137).....	165
<b>Quadro 17.</b> Teste de Kruskal-Wallis entre a <i>EapSM</i> e o estado civil ( <i>N</i> = 137) .....	165
<b>Quadro 18.</b> Teste de Kruskal-Wallis entre a <i>EapSM</i> e o local de residência ( <i>N</i> = 137) .....	166

<b>Quadro 19.</b> Coeficiente de correlação de Spearman para a duração atual do relacionamento e a <i>EapSM</i> ( $N = 137$ ) .....	167
<b>Quadro 20.</b> Teste Kruskal Wallis entre a duração do relacionamento e a <i>EapSM</i> ( $N = 137$ ) .....	167
<b>Quadro 21.</b> Teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a <i>EapSM</i> ( $N = 137$ ) .....	168
<b>Quadro 22.</b> Teste Kruskal-Wallis entre a atividade profissional e a <i>EapSM</i> ( $N = 137$ ) .....	169
<b>Quadro 23.</b> Teste Mann-Whitney entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a <i>EapSM</i> ( $N = 137$ ) .....	170
<b>Quadro 24.</b> Correlação de Spearman entre a idade e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	171
<b>Quadro 25.</b> Teste Mann-Whitney entre a idade e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	171
<b>Quadro 26.</b> Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>MAMA</i> e o estado civil ( $N = 137$ ) .....	172
<b>Quadro 27.</b> Teste Dunn entre o estado civil e as subescalas do <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	173
<b>Quadro 28.</b> Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>MAMA</i> e o local de residência ( $N = 137$ ) .....	174
<b>Quadro 29.</b> Coeficiente de correlação de Spearman para a duração atual do relacionamento e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	175
<b>Quadro 30.</b> Teste Kruskal Wallis entre a duração do relacionamento e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	175
<b>Quadro 31.</b> Teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	176
<b>Quadro 32.</b> Teste Kruskal-Wallis entre a atividade profissional e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	177
<b>Quadro 33.</b> Teste Mann-Whitney entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e o <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	179
<b>Quadro 34.</b> Matriz de correlações entre as subescalas e a escala total da <i>EapSM</i> e do <i>MAMA</i> ( $N = 137$ ) .....	180
<b>Quadro 35.</b> Correlação entre a idade e experiência com o bebê e os sintomas somáticos ( $N = 137$ ) .....	181
<b>Quadro 36.</b> Regressão múltipla entre a idade e a experiência com o bebê e os sintomas somáticos ( $N = 137$ ) .....	181

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 1.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e a consciencialização/ interiorização do papel materno .....	76
<b>Esquema 2.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade .....	81
<b>Esquema 3.</b> Representação esquemática da transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na gravidez .....	88
<b>Esquema 4.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto da relação casal na gravidez.....	91
<b>Esquema 5.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos na gravidez .....	94
<b>Esquema 6.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o assumir do papel materno .....	102
<b>Esquema 7.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho .....	108
<b>Esquema 8.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto do curso de preparação para o parto e parentalidade no pós-parto .....	112
<b>Esquema 9.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal no pós-parto .....	116
<b>Esquema 10.</b> Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos no pós-parto.....	119
<b>Esquema 11.</b> Representação esquemática relativamente à vivência materna na transição para a parentalidade na gravidez e no pós-parto.....	120



## INTRODUÇÃO

A maternidade tardia é uma problemática atual da nossa sociedade, com incidência crescente a nível da população mundial. Adiar a maternidade é uma opção do casal, embora predomine a decisão da mulher, que considera importante, antes de assumir a responsabilidade materna, investir em metas como percurso académico, estabilidade financeira e conjugal.

A gravidez é uma fase importante na vida de muitas mulheres, sendo necessária uma preparação adequada para o percurso da maternidade. Nesta etapa o casal assume um papel de relevo, embora a mulher apresente maior destaque, vivendo um período de transição onde ocorrem grandes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos (Couto, 2003).

O entendimento da gravidez é encarado como um processo de interação entre a dimensão biológica e psicológica, sendo influenciado por variáveis psicossociológicas de natureza cultural, comprovando assim a necessidade de mobilização de energia por parte da mulher para que ocorra uma adequada adaptação. No contexto específico de uma gravidez tardia, à qual é atribuído um carácter de risco, é exigido à gestante um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psicológico, sendo que uma complicação num destes dois níveis poderá influenciar a estabilidade do outro (Leal, 2005).

Sabemos que a transição para a maternidade é acompanhada de múltiplos fatores, permitindo uma adaptação à maternidade em pleno. A gravidez é uma experiência de mudança e renovação, em que a grávida adquire novos conhecimentos e competências durante o período gestacional, fundamentais na transição segura para a maternidade, caminhando assim para uma integração efetiva no seu papel de mãe (Mendes, 2002).

Neste seguimento, estabelecemos como objetivos do estudo qualitativo conhecer os determinantes que levam à maternidade tardia; descrever os sentimentos e expectativas presentes neste período da maternidade e compreender os significados atribuídos pelas mães primíparas em idade reprodutiva tardia, no terceiro trimestre de gravidez e no sexto mês após o parto. Relativamente aos objetivos propostos para o estudo quantitativo foram: descrever a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto; estudar as características/propriedades psicométricas da escala *The Being a Mother Scale (BaM-13)* (Matthey, 2011); adaptar a escala *The Being a Mother Scale (BaM-13)* para a língua portuguesa, originando a versão

portuguesa do *BaM-13: Escala de autopercepção de Ser Mãe (EapSM)*; analisar a relação das variáveis sociodemográficas e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade nas atitudes e ajustamento materno, avaliadas pela escala *EapSM*, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto; analisar a relação das variáveis sociodemográficas e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade nas atitudes e ajustamento materno, avaliadas pela escala *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)*, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto; analisar a relação entre as atitudes e o ajustamento materno e a autopercepção de ser mãe, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto; estudar a predição da idade materna e a experiência com o filho nos sintomas somáticos maternos, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.

A nossa investigação incidiu num grupo de mulheres em idade reprodutiva tardia, mães pela primeira vez, e a partir dos testemunhos obtidos através dos seus relatos, permitiu-nos compreender, conhecer e descrever de forma aprofundada e detalhada os determinantes, vivências e experiências da gravidez e da maternidade tardia, no terceiro trimestre de gravidez e no sexto mês após o parto. Este estudo possibilitou-nos o conhecimento das necessidades deste grupo específico no âmbito dos cuidados em saúde e deste modo equacionar que intervenções de enfermagem específicas no âmbito da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, deverão ser implementadas, no sentido de promover uma transição segura para a maternidade e parentalidade.

As razões que motivaram a escolha da problemática em estudo, surgiram no âmbito na nossa prática profissional como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), verificando-se nos últimos anos um aumento significativo da maternidade nas mulheres em idade reprodutiva tardia. Por outro lado, o relato das vivências e experiências das mulheres deste grupo específico suscitou-nos uma crescente curiosidade que nos levou a optar por esta investigação. Ressaltamos ainda a existência de estudos diminutos nesta área, nomeadamente, em Portugal, sendo importante aprofundar e investir nesta temática, proporcionando modificações e reestruturações em políticas de saúde implementadas, apostando em intervenções eficientes no sentido de promover a qualidade dos cuidados.

Constatamos assim, através da pesquisa efetuada, que as mulheres adiam a maternidade e decidem ter o primeiro filho numa idade avançada, referindo o Instituto Nacional de Estatística (2012), que “(...) as mulheres não só são mães mais cada vez mais tarde, como têm cada vez mais um menor número de filhos: em 2010, cada mulher



teve, em média 1,4 crianças; em 2000, essa média era de 1,6 crianças” (p. 5).

Neste contexto, o estudo assume como base teórica de sustentação da análise do fenômeno, no âmbito das ciências de enfermagem a teoria de transição, que é uma teoria de transição de médio alcance desenvolvida por Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), que propõe como foco central da prática, as pessoas e famílias que num determinado contexto sociocultural vivem um processo de transição.

Pretendemos com este estudo contribuir para promoção da qualidade dos cuidados nesta área específica da Saúde Materna, promovendo intervenções de enfermagem eficientes relativamente às mulheres/famílias em idade reprodutiva tardia.

Relativamente à estrutura da tese, esta encontra-se dividida em três partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento contextual do estudo, no qual se exploram as áreas como a gravidez e a maternidade em idade reprodutiva tardia, as adaptações físicas e psicológicas, os determinantes bio-psico-sociais, a construção da identidade materna, a relação com o filho, a relação conjugal e a relação com a família, a transição para a maternidade e parentalidade, a preparação para o parto e parentalidade e as intervenções de enfermagem no processo de transição da mulher no contexto da maternidade em idade reprodutiva tardia, permitindo assim, contextualizar a problemática da nossa investigação.

Na segunda parte, fazemos referência ao estudo empírico que se divide em dois capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à metodologia, apresentando assim o desenvolvimento metodológico do estudo qualitativo e quantitativo. O segundo capítulo refere-se à apresentação, análise, interpretação e discussão dos resultados do estudo qualitativo e quantitativo inerentes à nossa investigação.

Na terceira e última parte, realçamos as principais conclusões sobre a problemática em análise, que emergiram desta investigação, abordando também, algumas implicações teóricas e considerações para a prática de cuidados, delineando algumas sugestões para futuras investigações.



# **P**ARTE I

---

## **ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO**



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO**

Neste capítulo é desenvolvido o enquadramento contextual do estudo, no sentido de focalizar e contextualizar a problemática da nossa investigação.

### **CAPÍTULO I – A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE EM IDADE REPRODUTIVA TARDIA**

A gravidez e a maternidade são fenómenos que representam realidades distintas, mas encontram-se muitas vezes associados. Na opinião de Canavarro (2006), “a gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas, portanto bem definido temporalmente. A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez” (p.19).

De acordo com Graça et al. (2004), a gravidez em idade tardia, tem sido objeto de uma definição imprecisa, pois a idade cronológica nem sempre reflete a idade biológica da grávida.

Complementando a ideia anterior, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), considera que a maternidade tardia é após os 35 anos, caracterizando a mulher nesta idade reprodutiva como “Grávida idosa”, alertando para alguns fatores de risco e desfechos que lhe estão associados (Graça et al., 2004).

O adiamento da gestação para uma idade mais avançada, está relacionado com novos padrões e transformações familiares, posicionando a mulher num lugar de destaque nas suas decisões.

Na opinião de Teixeira (1999) no adiamento da maternidade está implícito a “destraditionalização” da vida familiar, promovendo assim o surgimento de novas modalidades de relacionamentos, possibilitando a coabitação, a maternidade tardia e o reordenamento das funções femininas.

Para além disso, está também implícito a redução do número de filhos por mulher, refletindo entre outros fatores as alterações que se têm produzido ao longo da última

década, nomeadamente, ao nível de escolaridade, da inserção profissional e da consolidação de novos paradigmas de conjugalidade e parentalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

No passado, a sociedade ditava que as mulheres deveriam valorizar a maternidade e era inadequado não terem filhos, sendo para a mulher uma opção difícil escolher entre a maternidade e a realização pessoal, adiando cada vez mais a decisão de ser mãe (Barbosa & Rocha, 2007).

Com a evolução dos últimos anos, a tendência crescente na sociedade ocidental, no sentido de retardar a maternidade, permitiu o enraizamento na estrutura social dominante (Graça et al., 2004).

Atualmente, a gravidez e a maternidade é percecionada de forma diferente, tal como o papel da criança, que assume principal destaque a nível familiar. Até ao século XVII, a criança era considerada frágil com poucas hipóteses de sobrevivência, resultado em parte das circunstâncias sociais e económicas da época. Este facto poderá ser visto como umas das razões pelas quais as mães não estabeleciam uma relação próxima com os seus filhos (Almeida, André, & Laland, 2002).

Nos anos pós-guerra (1945-1965), assiste-se a um fenómeno denominado *baby boom*, verificando-se um aumento significativo da gravidez em mulheres entre os 35 e os 45 anos. Contudo, a partir dos anos 60, as mulheres começaram a expressar a necessidade de limitar o tamanho das famílias, recorrendo para isso ao uso de métodos contraceptivos (Andrade, 1999). Nas últimas décadas, tem-se assistido a um decréscimo da fecundidade em Portugal e desde 1983 a substituição de gerações deixou de estar assegurada (Almeida et al., 2002).

Há 20 anos atrás, a mulher que tinha filhos depois dos 35 anos era aquela que pertencia a uma baixo nível socioeconómico, com alguns filhos e com acesso dificultado a toda a área técnica e médica. Atualmente a mulher que opta por ter filhos com mais de 35 anos, é a que investiu na sua carreira profissional, no seu bem-estar económico e que deseja ter um filho depois de adquirir determinado grau de estabilidade na sua vida (Maciel, 2002).

Atendendo à evolução histórica que a gravidez e a maternidade tem sofrido ao longo dos últimos anos, bem como a valorização da criança, a fecundidade começou a ser controlada pelos casais. Para além disso, a entrada da mulher no mercado de trabalho e

a idade com que decidem ter o primeiro filho contribuíram para o decréscimo da taxa de natalidade.

Desta forma, o processo da gravidez e da maternidade são períodos onde se verificam profundas mudanças e transformações, não só físicas, mas também psicológicas, exigindo assim, adaptações específicas no âmbito relacional.

## 1. ADAPTAÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS

As adaptações fisiológicas, de um ponto de vista metabólico, bioquímico, hormonal e anatómico, envolvem globalmente todo o organismo da mulher provocando mudanças mais ou menos evidentes no funcionamento de uma série de aparelhos e sistemas. Como resultado, evidenciam-se sinais e sintomas, de expressão e intensidade variáveis, que, no seu conjunto, constituem as manifestações somáticas próprias do processo de gestação (Mendes, 2002).

As principais modificações da fisiologia materna ocorrem no sistema cardiocirculatório, respiratório, gastrointestinal e renal, para além das alterações metabólicas e hematológicas (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

Na sequência do nascimento, as primeiras alterações verificam-se a nível biológico, quando o corpo da mulher muda abruptamente após o parto. Os níveis de progesterona e estrogénio diminuem significativamente e existe um aumento acentuado dos valores de prolactina, a hormona responsável pela lactação (Figueiredo, 2006).

As modificações físicas afetam diretamente a imagem corporal da mulher. Na opinião de Schilder (citado por Scatolin, 2012), os aspetos fisiológicos, a afetividade e os aspetos sociais interferem na representação do corpo. A representação que cada mulher tem da sua imagem corporal é assim influenciada pela história de vida e experiência que tem do seu próprio corpo. Rubin (1975) menciona que para a mulher grávida ter uma atitude positiva face à gravidez e ao feto, tem que ter um conceito positivo de si mesma, estando relacionado com a adaptação à sua imagem corporal. No contexto da maternidade a mulher pode encarar a sua imagem corporal como normal, visto que foi mãe e tem um

filho ao seu cuidado, mas, apesar de reconhecer estas alterações como normais e transitórias também podem gerar insatisfação.

No estudo realizado por Ramos, Faria, Oliveira, e Silva (2012) concluíram que as grávidas com mais de 35 anos apresentavam menor satisfação com o seu corpo, atitudes menos adequadas e menor ajustamento materno face a manifestações somáticas, comparativamente com o grupo de grávidas mais jovens. Assim, as grávidas em idade tardia não se sentem satisfeitas com o aumento de peso gravídico habitual, bem como com os desconfortos bio-psico-sociais resultantes das alterações corporais gestacionais.

Graça (2010) no seu estudo constata que relativamente à imagem corporal na gravidez as atitudes são mais positivas comparativamente ao pós-parto apresentando-se mais negativas principalmente no primeiro mês após o parto.

A nível emocional, o nascimento de um filho é uma vivência de elevada exigência psicológica para a mulher e, em particular, para o casal (Bobak et al., 1999). O período gestacional é caracterizado por múltiplas alterações bio-psico-sociais e mudanças emocionais, exigindo uma adaptação bio-psico-emocional, o que proporciona uma reconfiguração das relações intra e interpessoais (Gomes, cited in Ramos et al., 2012).

Alguns fatores específicos contribuem para uma resposta psicológica, tanto positiva como negativa, da mulher em relação à gestação. As alterações no corpo, a segurança emocional, as expectativas, o apoio de pessoas próximas, a gravidez ser ou não desejada e a situação financeira, são fatores que influenciam o impacto psicológico da gravidez, o nível de maturidade e a preparação da mulher para a maternidade (Canavarro, 2006).

As alterações psicológicas caracterizam-se não só pelo surgimento de sentimentos e emoções positivas, tais como a alegria e a felicidade, mas também pela vivência de sintomatologia mais depressiva e ansiosa (Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 1999).

Sendo assim, o pós-parto é um período caracterizado pelas dificuldades sentidas a nível psicossocial, que se refletem na mulher pelo surgimento de fadiga, alterações emocionais/psicológicas, falta de disponibilidade para o autocuidado e para a sua relação com os outros, nomeadamente, com o filho, com o cônjuge e com a família de origem (Afonso, 1998).

Deste modo, tendo em conta os diferentes contextos acima referidos e que envolvem a



gravidez, importa compreender a influência dos determinantes bio-psicossociais.

## 2. DETERMINANTES BIO-PSICO-SOCIAIS

A maternidade é encarada como um processo de interação entre a dimensão biológica, psicológica e social. Neste sentido, existe uma necessidade de equilíbrio entre as dimensões, que requer uma adaptação adequada por parte da mulher em idade reprodutiva tardia.

Os determinantes bio-psico-sociais dizem respeito à história do indivíduo, isto é, aos marcadores das suas experiências e aprendizagens ao longo do ciclo da vida (Canavarro, 2006).

Camarneiro (2007) considera, que a maternidade é um fenómeno individual e social, no qual a interação de determinantes biológicos, afetivos e económicos influenciam o decurso da mesma.

No contexto atual da nossa sociedade, existe uma escolha ponderada, no adiamento da maternidade, verificando-se cada vez mais a gravidez após os 35 anos. Esta é assim, uma etapa na vida da mulher onde a situação económica, conjugal e profissional determina esta importante tomada de decisão (Graça et al., 2004).

Oliveira (2009) refere ainda que existe um aumento crescente do número de mulheres que optam pela gestação tardia. Supõem-se que razões como a instabilidade económica, conjugal/emocional, busca de autonomia profissional e a elevada eficácia de métodos contraceptivos, permitem à mulher decidir o momento apropriado para viver a maternidade.

Os determinantes que influenciam o adiamento da maternidade referem-se a determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

No que diz respeito aos determinantes biológicos, Canavarro (2006) evidencia que:

O avanço científico e tecnológico permitiu também a reprodução artificial e o crescente controlo e monitorização tecnológica do desenvolvimento e nascimento do bebé, o que tornou cada vez mais possível escolher. Escolher engravidar ou não; para quem quer engravidar e não consegue, escolher métodos alternativos de fecundação; escolher

interromper ou não uma gravidez. (p.24)

Segundo Graça et al. (2004) os determinantes biológicos são: o aumento da idade materna implica um declínio da fertilidade e maior incidência de doenças crónicas; maior difusão e acessibilidade aos métodos contraceptivos; a infertilidade conjugal, causada muitas vezes pelo aumento do stress, recorrendo posteriormente à aplicação das técnicas de reprodução medicamente assistidas; miomas uterinos, infeções, inflamações pélvicas, endometriose, alterações das trompas podem retardar a fecundação; aumento dos abortamentos espontâneos (cromossomopatias, fatores mecânicos); alterações estruturais a nível uterino (esclerose da parede das artérias uterinas, fibrose, alterações anatómicas do endométrio, entre outras).

Na opinião de Rahman e Menken (citado por Costa, 2003) com o aumento da idade materna, diminui significativamente a fertilidade na mulher, intensificando-se após os 35 anos, sendo esta idade considerada o marco desse declínio. Existe assim um desequilíbrio hormonal, causando irregularidades na ovulação (Lima, Mendes, & Passos, 2009). O aumento do número de ciclos anovulatórios no período da perimenopausa e as alterações uterinas (fibróides e carcinoma), que aumentam com a idade, podem criar um ambiente hostil para a implantação do ovo, diminuindo assim a capacidade de fecundação, provocando um maior risco de alterações cromossómicas.

O desenvolvimento da Medicina reprodutiva foi um contributo essencial para que o adiamento da maternidade se tornasse viável, visto que, antes do aparecimento das novas tecnologias, existiam alguns obstáculos biológicos que eram irreversíveis. Muitas mulheres que adiam a fecundidade têm, mais tarde, de contar com auxílio médico, no sentido de maximizar o tempo que lhes resta para procriar (Costa, 2003).

Atualmente existe um maior controlo da taxa de fecundidade devido a um planeamento familiar eficaz. A procura contraceptiva surge como resultado de um conjunto de novos valores acerca da família, casal e criança, bem como da vivência da sexualidade (Almeida et al., 2002).

A contraceção possibilita assim à mulher, simultaneamente, viver uma conjugalidade e/ou sexualidade mais ou menos ativa e adiar a maternidade, limitando os nascimentos, decidindo o número de filhos e a idade para ter esses filhos, podendo assim planear e gerir o percurso da sua vida (Costa, 2003).

Relativamente aos determinantes psicológicos, estes exercem uma forte influência na

decisão da grávida, mencionando Canavarro (2006) que:

A gravidez é uma época que, psicologicamente, (...) permite a preparação para ser mãe – ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria. (p.19)

Neste seguimento, Canavarro (2006) destaca como determinantes psicológicos: a preparação psicológica do casal para assumir o papel de pais; o receio sobre o impacto de ser mãe, no seu estilo de vida e no seu relacionamento, tal como, o bem-estar e a qualidade de vida e o desejo da continuidade familiar e a necessidade da presença de alguém que assegure algum apoio na velhice.

As mulheres em idade tardia referem ter adiado a maternidade, porque só agora se sentiam preparadas para assumirem o papel de mães e também porque desejavam em primeiro lugar, alcançar os seus objetivos pessoais (Benzies et al., 2006). Rodrigues (2008) realça que muitas mulheres vivenciam a maternidade tardia simplesmente pela dúvida de querer ou não ser mães, porque não se sentem preparadas psicologicamente para assumirem este papel.

O projeto da maternidade deve ser construído e consolidado de forma progressiva no contexto do casal, permitindo uma reflexão adequada, diminuindo o receio e a ansiedade de forma a permitir uma melhor adaptação a esta nova etapa (Canavarro, 2006).

Por último, fazemos referência aos determinantes sociais, realçando Canavarro (2006) que a “valorização da mulher na sua faceta profissional, têm também contribuído para que engravidar e ser mãe seja fundamentalmente uma opção” (p. 24).

Na opinião de Graça et al. (2004) destacam-se os seguintes determinantes sociais: a afirmação a nível social, político, laboral e sobretudo a independência económica, obriga a alterar a escala de prioridades; a instabilidade social, política e económica do casal, não confere segurança e condições à constituição familiar; a ocorrência crescente de um elevado número de divórcios, a opção por um segundo casamento ou união de facto, apresenta um relacionamento direto e por último, a procura por parte da mulher do “par ideal”/relacionamento estável, ocorrendo o casamento cada vez mais tarde.

A fecundidade tardia prende-se precisamente com as elevadas qualificações, quer escolares, quer profissionais, de algumas mulheres em idade reprodutiva tardia. O facto

de as mulheres com elevados capitais escolares e profissionais adiarem a fecundidade para idades cada vez mais próximas do limite biológico é, não apenas um sinal do domínio da mulher sobre o tempo biológico de que dispõe para procriar, mas sobretudo o controlo sobre a gestão do tempo familiar dedicado à tarefa de “ter filhos” (Costa, 2003).

As causas das consequências sociológicas são inúmeras mas uma das que teve maior impacto foi o ingresso da mulher nas carreiras profissionais (Canavarro, 2006). A atual geração de mulheres começou a projetar-se, não apenas como esposa ou mãe, mas, no mundo do trabalho, passando a ocupar posições de destaque no âmbito profissional (Oliveira, 2009).

As condições socioeconómicas e a competitividade presente no mercado de trabalho exige qualificações profissionais e mais tempo de estudo, o que cria um impasse entre o tempo ideal para o desenvolvimento da carreira profissional e o tempo ideal para a mulher engravidar (Travassos & Féres, 2013).

Existem determinantes na vida da mulher que condicionam o momento certo para maternidade. A maternidade e o processo gestacional ocorrem após a formação académica, estabilização financeira entre outras variáveis (Oliveira, 2009).

Benzies et al. (2006) referem que as mulheres nesta idade consideram que ter uma relação estável é um determinante na decisão da maternidade e na educação dos seus filhos.

Adiar a maternidade é encarada como uma opção de vida que envolve diferentes questões, como encontrar um parceiro, investir na carreira e adquirir independência económica e afetiva (Barbosa & Rocha, 2007).

Nesta faixa etária, o casal apresenta maior estabilidade emocional, melhor preparação e maturação psicológica, mantendo um investimento conjugal e afetivo mais forte, uma vida profissional mais estável, melhores condições socioeconómicas e uma maior disponibilidade, proporcionando maior investimento na educação dos seus filhos.

Em suma, a construção da identidade materna é influenciada pela experiência pessoal de cada mulher que se afigura no período gestacional, tendo em conta a sua relação com o filho por nascer, a sua relação conjugal, e a relação com a família, atendendo ainda aos determinantes bio-psico-sociais no sentido da transição para o papel materno, da maternidade/parentalidade.

## CAPITULO II – CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MATERNA

A maternidade constitui-se numa das mais importantes vivências e experiências físicas e psicológicas na vida de uma mulher em idade reprodutiva tardia, encontrando-se muitas vezes associada à percepção que a mulher tem da maternidade e todo o meio envolvente.

A experiência da maternidade é infinitamente variável, dependendo do significado que lhe é atribuído. São de realçar as representações, ou seja, o conteúdo dos esquemas cognitivos, sobre gravidez e maternidade no sentido de compreender o comportamento de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe (Canavarro, 2006).

Os significados da gravidez para as mulheres ultrapassam as barreiras biofisiológicas, estando envolvidas mudanças no padrão reprodutivo e nos aspetos psicológicos, emocionais e sentimentais. A gravidez e a maternidade promovem transformações em todas as dimensões humanas da mulher e da sua família. Estes significados referem-se à interpretação do conhecimento e expressões culturais, dos mitos, crenças, valores, pensamentos, sentimentos, atitudes e práticas relacionadas com a gravidez (Rocha, Oliveira, Teixeira, Moreira & Dias, 2014).

Um estudo realizado por Rocha et al. (2014) demonstrou, que a significação nas representações das mulheres, que engravidaram após os 35 anos de idade, está pautada no anseio e desejo de gerar uma nova vida num momento mais oportuno, considerando o momento de desenvolvimento profissional e desejo de crescer pessoalmente, como principais fatores na chegada tardia de um filho.

A gravidez pode proporcionar uma sensação de poder, associada à existência de um novo ser dentro da mulher, sentindo orgulho pelo corpo. É esta estabilidade emocional que permite a consciência da maternidade e que vai proporcionar o fortalecimento do vínculo afetivo com o filho. Estudos efetuados por Barnes, Gardiner, Sutcliffe e Melhuish (2013) demonstraram que mães em idade reprodutiva tardia podem ter maiores conhecimentos sobre a parentalidade, sentindo-se mais confiantes no desempenho do seu papel de mãe. O facto das mulheres em idade reprodutiva tardia se sentirem mais confiantes, permite que tenham uma melhor auto-estima. Um estudo efetuado sobre a auto-estima na grávida e fatores associados, demonstrou que quanto maior a faixa etária, maior é a auto-estima (Dias et al., 2008).

A forma como a mulher vivencia a gestação, as transformações e os acontecimentos significativos decorrentes, depende da forma como a grávida se percebe a si própria e interage com os outros, exigindo um enorme esforço de adaptação e de equilíbrio que nem sempre decorre sem dificuldades. A gravidez constitui pois um enorme desafio, não simples, mas complexo, que questiona a própria identidade e conceito pessoal da mulher no seu processo de adaptação a uma nova condição e a um novo papel. A mulher é assim um ser único, com uma forma singular de viver a gravidez e de se adaptar às alterações inerentes ao estado gravídico (Silveira & Ferreira, 2011) e em sintonia irá realizar na temporalidade a construção da identidade materna, quer na relação com o filho, quer na relação conjugal, quer na relação com a família.

## 1. RELAÇÃO COM O FILHO

A relação que a mãe estabelece com o seu filho tem início desde o período pré-natal e é influenciada pelas suas expectativas e pela interação que estabelece com ele. Esta primeira relação serve de preparação para dar continuidade à relação que se vai estabelecer depois do nascimento (Piccinini, Gomes, Oliveira, & Lopes, 2004).

Ao longo da gravidez, a relação mãe-filho constrói-se a partir das representações cognitivas maternas, onde o filho imaginado desempenha um papel importante nesta relação (Mendes, 2002). No decorrer da gravidez, a representação do filho torna-se mais autónoma e realista, sendo este processo ativado ou acelerado pela sensação real da presença do feto dentro de si, através da perceção dos movimentos fetais, e também pela sua visualização através das ecografias (Canavarro, 2006).

O princípio da ligação materno-fetal, caracteriza-se, numa fase inicial, pelo pensamento que a mulher desenvolve sobre a ideia de estar grávida e, gradualmente o estabelecimento de uma relação com o seu filho (Mendes, 2002). À medida que o feto vai dando provas da sua presença, a grávida começa a concebê-lo como um ser humano independente, separado de si própria (Colman & Colman, 1994). O desenvolvimento desta ligação não está isolado da influência de outras variáveis (Mendes, 2002). A forma como a gravidez é vivenciada e integrada depende da interação de diversos fatores tais como a idade materna, a sua história pessoal, os seus antecedentes obstétricos e o contexto socioeconómico (Colman & Colman, 1994).

Os resultados de um estudo realizado a primíparas indicaram que as mães procuram, desde a gestação, oferecer mais identidade ao feto, atribuindo-lhe expectativas e sentimentos quanto ao seu sexo, nome, características psicológicas, saúde, além de interagirem com ele, possibilitando o exercício da maternidade (Piccinini et al., 2004).

Na maternidade tardia, o nascimento de um filho, aumenta o número de tarefas e responsabilidades para as mulheres. Esta etapa exige sucessivas mudanças nas rotinas diárias existindo uma dificuldade inicial, seguida de uma adaptação à situação (Rodrigues, 2008).

Na investigação realizada por Graça (2003) com primíparas, estas reportaram dificuldades na realização dos cuidados de higiene ao recém-nascido. As mães referiram receio, considerando-o um ser “frágil”, “escorregadio” e “irrequieto”. O estudo elaborado por Mendes (2007, 2009) refere a pouca ou nenhuma experiência materna e paterna no cuidar do recém-nascido, o que pode implicar receios e dúvidas, nos posicionamentos, higiene, entre outros. A inexperiência em cuidar de crianças pode despoletar dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido. Esta dificuldade é manifestada por sentimentos de insegurança, medo e dúvidas em relação à mobilização, posicionamento, higiene e vestuário do recém-nascido (Afonso, 1998).

Ramos e colaboradores (citado por Gomes et al., 2008), mencionam que as mulheres em idade fértil avançada apresentam, como fatores dificultadores do ajustamento materno, elevada ansiedade na prestação dos cuidados ao filho, disponibilidade física reduzida e preocupação extrema com a evolução da gravidez e o bem-estar fetal, influenciando negativamente o ajustamento materno da mulher em idade reprodutiva tardia.

Neste contexto, após o parto, verifica-se uma maior disponibilidade para cuidar do recém-nascido e recuperar fisicamente, o que implica um maior isolamento por parte da mulher, agravando assim a solidão (Relvas & Lourenço, 2006).

Em suma, nesta fase, a mulher fica mais vulnerável do ponto de vista emocional, podendo facilmente experienciar este tipo de sentimentos. A solidão, pode assim ter repercussões importantes na dinâmica e funcionamento psicológico da grávida, mas por outro lado, também pode influenciar negativamente o processo de transição para a parentalidade. A existência de um bom suporte familiar é importante no sentido de evitar este tipo de sentimentos vivenciados pela mulher, no contexto da gravidez e da maternidade.

## 2. RELAÇÃO CONJUGAL

A satisfação conjugal diminui com o nascimento de uma criança existindo necessidade de mudanças e de vários reajustamentos. O maior fator protetor da aliança conjugal é a existência da comunicação acerca das necessidades sentidas, a partilha de experiências e dúvidas pelo casal (Leal, 2005).

O nascimento de um filho provoca transformações e modificações inevitáveis na vida do casal, sendo necessário um período de adaptação, pois, todos os cuidados e atenção são focalizados no filho, diminuindo o tempo para o relacionamento afetivo do casal. Este efeito foi corroborado pelo estudo de Mendes (2007, 2009) em que os participantes referiram que o relacionamento sexual e afetivo do casal, a intimidade e a privacidade passaram a ser ocupados com o nascimento do recém-nascido.

O casal após o nascimento, passa a viver em função do seu filho, sendo influenciada a vida sexual do casal, ocorrendo também outros obstáculos que interferem numa sexualidade satisfatória, como excesso de tarefas parentais, excessiva ansiedade e preocupação (Relvas & Lourenço, 2006).

Silva e Figueiredo (citado por Mendes, 2007, 2009) mencionam que nesta fase a dificuldade encontrada no relacionamento sexual encontra-se intimamente ligada com a questão da atenção que é disponibilizada para os respetivos companheiros. Neste sentido a incompreensão das necessidades e dos sentimentos um do outro, gera angústia podendo levar ao afastamento progressivo do casal.

Estudos realizados por Wilkinson (1995) e Crohan (1996) concluíram que o declínio na satisfação conjugal era mais acentuado nos casais que passavam pela transição para a parentalidade, a partir do nascimento do primeiro filho, do que os casais que não tinham filhos. Neste seguimento, Anderson, Russel e Schumm (1983) concluíram que, em média, a satisfação conjugal é mais alta no início do casamento, declina com o nascimento do primeiro filho, e volta a crescer quando os filhos se tornam adolescentes e deixam a casa dos pais.

O grande desafio é não negligenciar a relação conjugal. Relvas e Lourenço (2006) citando Ausloos, refere que é difícil para o casal que vive a realização do nascimento do seu filho, correr o risco de um afastamento ou rutura no seu relacionamento.



Apesar das alterações cada vez mais marcadas nos padrões conjugais, os estudos mais recentes têm apresentado resultados semelhantes. Por exemplo, Rothman (citado por Menezes & Lopes, 2007), num estudo longitudinal com 114 casais, concluiu que a satisfação conjugal permanece estável desde o início do casamento até à gravidez, momento em que se observa um declínio significativo. Outras investigações também apontam para o facto de não ser a transição em si que provoca o declínio na satisfação conjugal, mas ser antes o grau de envolvimento emocional que influencia a maneira mais ou menos adaptativa de atravessar esse momento de crise (Menezes & Lopes, 2007).

Ramos et al. (2012) constataam no seu estudo que mulheres mais velhas, apresentam uma relação conjugal mais estável e sólida, comparativamente, às mulheres mais jovens, atribuindo a estabilidade financeira e emocional como causa de satisfação conjugal. Relativamente à relação sexual as mulheres mais jovens encontram-se mais ajustadas às mudanças do comportamento sexual, comparativamente às mulheres com mais de 35 anos.

Alterações dos padrões de atividade sexual, diminuição do desejo e do prazer sexual são mudanças que se verificam depois do nascimento do bebé, e que podem persistir muito depois do término dos cuidados pós-parto convencionais. O pós-parto é um período de reduzida ou ausente atividade sexual, especialmente em relação ao coito, para a maioria das mulheres, cujas razões vão desde o cansaço inerente à gravidez e ao próprio parto até a preocupação com as responsabilidades maternas, incluindo o período de tempo necessário para a recuperação do aparelho genital após o parto, particularmente na ocorrência de episiotomia ou laceração (Abuchaim & Silva, 2006).

### 3. RELAÇÃO COM A FAMÍLIA

A maternidade exige um processo de adaptação familiar, em que, todos os elementos da família funcionam como suporte neste acontecimento importante que é o nascimento. São várias as mudanças e alterações, que se verificam a nível dos papéis já existentes, a filha passa a ser mãe, a mãe passa a ser avó e a irmã passa a ser tia, verificando-se ajustamentos pessoais e interpessoais que podem fortalecer ou debilitar laços já existentes.

O período que corresponde ao nascimento de um filho é uma das fases mais importantes

de transição do ciclo vital de uma família, sendo um acontecimento que gera expectativas muito positivas, implicando inúmeras mudanças e transformações a nível individual e familiar, que exige novas adaptações e reorganizações relacionais (Relvas & Lourenço, 2006).

A grávida vivencia experiências de segurança e ansiedade através das relações interpessoais satisfazendo assim, as suas necessidades psicológicas, diminuindo situações de stress. Sendo assim, o conjunto de relações interpessoais que cada indivíduo mantém é designado de rede social, e inclui desde as relações mais íntimas com a família e com os amigos próximos, até às mais formais, com os colegas de trabalho e outros grupos sociais.

Neste período, as mulheres que se tornam mães destacam os familiares mais próximos (avós, tios, primos) como os mais importantes no suporte familiar, fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos e oferecendo suporte emocional (Rodrigues, 2008).

Tal como refere Relvas e Lourenço (2006) os avós são uma fonte de suporte incondicional. O relacionamento com os avós é considerado benéfico, referindo Matthey (citado por Mendes, 2007, 2009), que o ajustamento no pós-parto é positivamente influenciado pela relação com os avós maternos e paternos.

Na sociedade moderna, por vezes verifica-se, a distância dos avós não estando assim presentes para cuidar da filha grávida ou ajudar nos preparativos para a vinda do recém-nascido, fazendo com que a presença do companheiro se torne crucial e imprescindível (Colman & Colman, 1994).

Na opinião de Rodrigues (2008) as mães apontam o suporte do marido/companheiro como o apoio principal entre os apoios recebidos, embora, Relvas e Lourenço (2006) mencionem que após o nascimento de um filho, o homem e a mulher têm que desenvolver novos papéis e funções enquanto pai e mãe. Santos (2007) destaca ainda que, esta é uma fase de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, verificando-se uma mudança de identidade e de papéis, permitindo uma integração e adaptação à nova vida.

O novo papel desempenhado pela grávida, bem como a mudança nas suas relações interpessoais, surgem num novo contexto que a torna mais dependente de um sistema social de apoio que dê resposta às necessidades acrescidas de atenção e aceitação

decorrentes da gravidez. A sua não existência ou não satisfação é considerada um fator de risco para o bem-estar da mulher durante e após a gestação (Elsenbruch et al., 2007).

O período gravídico é considerado um momento de maior suscetibilidade emocional. Na gravidez está comprovado que um suporte social efetivo previne o aparecimento de psicopatologias (Brigido, 2010) e sintomatologia depressiva e ansiosa (Elsenbruch et al., 2007). Estudos realizados demonstram que um bom suporte social durante a gravidez está associado a um melhor grau de desenvolvimento fetal (Feldman, Dunkel, Sandman & Wadhwa, 2000).

No estudo realizado por Dessen e Braz (2000) a 15 pais de classe social baixa, são descritas as alterações na rede social de apoio familiar durante o período de transições decorrentes do nascimento do primeiro filho. O suporte da rede de apoio familiar foi considerado fundamental na transição para a parentalidade. Neste estudo, as mães referiram como principal apoio o envolvimento do marido/companheiro e os pais, consideraram essencial o aumento da ajuda financeira e material recebido de familiares e não familiares.

Geller (2004), através de um estudo prospetivo de coortes numa comunidade urbana latina com 53 grávidas, constatou que, quando a grávida usufrui de pouco suporte social, tem mais necessidade de recorrer aos profissionais de saúde de forma imprevista, procurando assim, o apoio de que necessita.

Salientamos, igualmente, a importância da preparação para o parto e parentalidade enquanto momentos de informação e formação em literacia na gravidez, neste processo de transição para a parentalidade no contexto do adiamento da maternidade.



## CAPÍTULO III – TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE E PARENTALIDADE

O período gestacional permite uma construção e consolidação progressiva, com o objetivo de preparar a mulher para ser mãe, marcando assim, o início de uma nova fase no ciclo de vida da família, permitindo a transição da mulher para o ciclo maternal (Mendes, 2002).

As transições no desenvolvimento, normativas (por exemplo, gravidez, nascimento, parentalidade, casamento, menopausa, velhice) ou não normativas (por exemplo, doenças) e as alterações culturais e sociais tornam os indivíduos vulneráveis (Meleis et al., 2000). Esta vulnerabilidade provém do facto, de as pessoas não saberem como lidar com uma situação que nunca experienciaram antes, sentindo-se inseguras e incapazes de fazer algo face a uma nova situação.

De todas as transições que acompanham a nossa existência enquanto adultos, o nascimento é a das que assume maior destaque, sendo o momento em que nos transformamos em pais ou em mães. A transição para a parentalidade é única e irreversível, estando em constante mutação, pois cada estágio de desenvolvimento exige uma nova adaptação nas suas expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações (Cruz, 2005).

A transição para a parentalidade implica um conjunto de transições individuais, conjugais e sociais para os novos pais, pois apesar de um filho ser desejado e esperado, o seu nascimento torna o processo irreversível, modificando decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Canavarro e Pedrosa, 2005).

Neste sentido, a grávida vai assim adquirir novos conhecimentos e competências durante o período gestacional, sendo estes cruciais na transição segura para a maternidade, permitindo assim, uma integração efetiva no seu papel de mãe (Mendes, 2002).

A maternidade exige sucessivas mudanças, surgindo assim o desenvolvimento de tarefas que garantem a transição para a maternidade desde a gravidez até ao parto e pós-parto.

Rubin e Cranley (citados por Mendes, 2007, 2009) descrevem como principais tarefas

maternas as seguintes: assegurar uma passagem segura para ela própria e para a criança durante a gravidez e o parto; assegurar aceitação social para si e para o seu filho, por um número significativo de membros da família; iniciar a sua ligação com o filho e aprender a dar-se, de si em benefício de outrem.

Colman e Colman (1994) fizeram uma revisão das tarefas maternas desenvolvidas na gravidez, apresentadas seguidamente:

**Tarefa 1:** Aceitar a gravidez – no contexto da ambivalência da aceitação/rejeição do estado da gravidez, inicia-se o processo de identificação materna; sem a aceitação e a consequente integração da gravidez, a mulher não pode progredir nas tarefas subsequentes.

**Tarefa 2:** Aceitar a realidade do feto – ultrapassada a ambivalência relativa à gravidez, surge um momento de viragem. A sensação real de presença do feto dentro de si, pela perceção dos movimentos fetais, determina definitivamente a diferenciação mãe-feto, o que se traduz na aceitação do feto como entidade separada.

**Tarefa 3:** Reavaliar a relação com os pais – nomeadamente, no que diz respeito à representação que a mulher tem do modelo de comportamento materno proveniente da sua mãe e também das expectativas que tem do seu comportamento no papel de avós. É um tempo de interiorização e de minimizar o que considera positivo, assumindo a diferença no que considera negativo ou não adequado a si.

**Tarefa 4:** Reavaliar o relacionamento conjugal – no contexto em que o casal tem de reajustar a sua relação, no plano afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual. É fundamental flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental e, sobretudo, permitir o suporte emocional entre ambos.

**Tarefa 5:** Aceitar o feto como uma pessoa separada – esta tarefa materializa-se com a preparação para a separação, que se concretiza com o parto. É um período onde predominam alguns sentimentos de ambivalência e com um aumento da ansiedade, devido à antecipação do parto. Após o nascimento, a mãe é confrontada com uma multiplicidade de decisões a tomar e de comportamentos a encetar. Nesta fase, o desafio é de ser capaz de interpretar e de responder ao comportamento do filho. Assumir que o filho é profundamente dependente, mas que, por outro lado, precisa de autonomia. São aprendizagens importantes que a mãe tem de realizar.

**Tarefa 6:** integrar a identidade parental – neste âmbito, a mulher tem de integrar, na sua identidade, o papel, a função e o significado de ser mãe. Implica, por isso, reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade lhe proporcionou e aceitar as mudanças consequentes a este novo estágio, adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia.

De acordo com Colman e Colman (1994), para os futuros pais, o ano do nascimento de um filho é um dos mais importantes da sua vida. É um período de transição, que tem como função essencial prepará-los para as tarefas complexas e desafiantes que se lhes vão colocar pela frente. Uma vez que a condição de ser pai e mãe se desenvolve de forma gradual, implica que todos os aspetos sejam revistos, tanto a nível do comportamento, como a nível da própria identidade e maneira de ser de cada indivíduo.

Apesar do nascimento de um filho ser um acontecimento que envolve não só o casal como também toda a família, pais e mães tendem a adaptar-se de forma distinta, em função de vários fatores, nomeadamente, das suas características pessoais, das características do filho e também das características do seu contexto social. Desta forma, os pais e mães parecem apresentar diferentes trajetórias na adaptação à parentalidade, perspetivando-a de forma distinta (Ramos & Canavarro, 2007).

Na adaptação à parentalidade estão inerentes profundas mudanças estruturais e funcionais, considerando Canavarro e Pedrosa (2005) que o nascimento de um filho revela uma fonte de stress pelas exigências da prestação de cuidados, pela reorganização individual, conjugal, familiar e profissional.

Relvas e Lourenço (2006) citando Ausloos evidenciam que em estudos efetuados os casais relataram que durante os seis meses que se seguiram ao parto passaram por um período de crise pessoal. Os casais que conseguiram ultrapassar esta fase revelaram-se enriquecidos embora considerassem uma fase problemática. Cowan e Cowan (2000) também referem que é por volta dos 6 meses após o parto que os pais começam a estabelecer as suas rotinas familiares.

Considerando as modificações ocorridas no contexto familiar, durante as transições que decorrem do nascimento de um filho, independentemente da idade materna, existe necessidade da família encontrar um equilíbrio para lidar com as situações que surgem nesses períodos. Desta forma, é importante um suporte familiar adequado, para uma adaptação e transição eficaz face às novas circunstâncias de vida (Rodrigues, 2008).

## 1. PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

No passado, a gravidez e o parto eram considerados acontecimentos naturais na vida de uma mulher. Os nascimentos ocorriam em casa com ajuda da parteira e das mulheres da família. Ao longo dos anos, começou-se a dar importância à necessidade de informar o casal, principalmente, a mulher grávida sobre a gravidez, parto e pós-parto, ensinando-os a colaborar de forma ativa no nascimento do seu filho.

Atualmente é aconselhado pelos profissionais de saúde, a frequência em cursos de preparação para o parto e parentalidade dirigidos aos pais, no sentido de promover uma preparação adequada. Neste sentido, os principais métodos de preparação para o parto são: o método de Dick Read ou método do parto natural; o método de Lamaze ou método psicoprofilático e o método de Bradley ou método do parto assistido pelo marido (Bobak et al., 1999).

Neste seguimento, é na Europa no princípio do século XX que surgem os cursos de preparação para o parto (Santos, 2007). Nesta época o obstetra inglês Dick Read verificou no hospital que as mulheres se sentiam tensas, com medo, sozinhas e pariam com dificuldade, sendo necessário intervir no seu estado físico e psicológico, ensinando-as a colaborar de forma ativa no nascimento do seu filho, diminuindo a dor, surgindo deste modo o método de Dick Read (Couto, 2006). Neste método era defendido que a dor do parto era uma consequência de condicionamentos sociais, sendo encarado como síndrome do medo da dor, englobando nas suas aulas informações sobre o trabalho de parto, nutrição, higiene e exercício, combinando técnicas de relaxamento e educação pré-natal para combater o medo, a tensão e a dor no parto (Santos, 2007).

Dos métodos existentes por todo o mundo científico, ou até mesmo empírico, o Psicoprofilático, ou de Lamaze, é um dos mais aplicados e com maior sucesso, utilizando o conhecimento e o relaxamento para controlar a dor. O mentor deste método foi Ferdinand Lamaze, ginecologista francês, que no início dos anos 50 reuniu num único método de preparação para o parto, a parte psicoprofilática e psicológica, permitindo assim, uma rápida disseminação pela Europa e pelos Estados Unidos, rotulado de parto sem dor (Couto, 2004). De acordo com Bobak et al., (1999) no método de Lamaze a dor é considerada uma resposta condicionada, visto que, este método permite à mulher responder com desprezo às contrações uterinas, recorrendo ao relaxamento muscular controlado e padrões respiratórios adequados, substituindo os gritos e a perda de controlo.



Neste contexto, no parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2012), segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é mencionado que:

Segundo o Instituto Lamaze, o Método Lamaze (ou “Psicoprofilático”) não se baseia mais na Respiração. A Filosofia Lamaze de Nascimento é o cerne da educação Lamaze e tem sido há quase uma década a força motriz para mudanças significativas na preparação para o parto segundo a filosofia Lamaze. (p.1)

Relativamente às práticas de nascimento saudáveis, segundo o Instituto de Lamaze internacional, o método psicoprofilático, assenta numa nova filosofia de preparação para o parto e parentalidade, que se baseia em seis pilares: promoção do trabalho de parto espontâneo; movimentação livre durante todo o trabalho de parto; suporte contínuo durante o trabalho de parto; abolição das intervenções médicas desnecessárias no trabalho de parto; abolição do parto em posição ginecológica e dos puxos dirigidos; contacto e vinculação precoces através da não separação mãe-filho (Lamaze, 2003).

No que diz respeito, ao método de Bradley ou método do parto assistido pelo marido, este realça uma boa dieta e utiliza o exercício para aliviar as dores e preparar os músculos para o parto e os seios para a amamentação (Santos, 2007).

O Método de Bradley surgiu em 1965, defendendo o obstetra Robert Bradley que o parto deve ser natural sem analgesia ou anestesia, envolvendo técnicas de respiração, devendo o marido atuar como treinador, promovendo apoio na gravidez e parto. Este método acentua que, fatores como a escuridão e o sossego torna a experiência do parto mais natural, permitindo à mulher um estado de profundo relaxamento mental (Bobak et al., 1999).

Em suma, apesar das diferenças teóricas, os três métodos têm semelhanças, nomeadamente, informações sobre os processos de trabalho de parto, algum tipo de preparação física e a crença no apoio constante e competente, durante o trabalho de parto (Santos, 2007).

Neste seguimento, a mulher grávida, no sentido de minimizar preocupações, prepara-se para a gravidez, parto e pós-parto, através da leitura de livros, visualização de filmes e a participação em cursos de preparação para o parto e parentalidade, permitindo assim, a diminuição do medo e da ansiedade próprias desta etapa (Santos, 2007).

Antunes, Lopes e Fernandes (2006) afirmam que:

(...) engravidar, pressupõe atualmente, uma grande partilha e envolvimento do casal, no sentido de ultrapassar medos, ansiedades e sobretudo, dúvidas tão próprias desta fase da vida. Sendo assim, nesta situação alguns casais procuram ajuda especializada, recorrendo muitas vezes aos cursos de preparação para o parto. (p.7)

Santos (2007) salienta que a “(...) preparação do parto nas suas várias conceções consiste essencialmente num método de educação física e psíquica, através de informação sobre o processo gravídico, o trabalho de parto, o parto, o pós-parto e os cuidados ao recém-nascido” (p.40).

Na opinião de Couto (2006), a preparação para o parto e parentalidade é um meio para alcançar um objetivo, tornando conhecido o desconhecido, desmistificando medos, anseios e receios, informando e esclarecendo dúvidas.

Nesta perspetiva, o governo tem dado especial atenção aos problemas da mulher nesta fase, reconhecendo-lhe e garantindo-lhe legalmente o direito a uma proteção especial, em função da maternidade.

Em 1984, surge o Decreto-Lei n.º 4/84, de 5 de abril, relativamente à proteção da maternidade e da paternidade. Em 1999, verifica-se a quarta revogação da Lei, surgindo o Decreto-Lei n.º142/99, de 31 de agosto, incumbindo ao estado garantir o regime de protecção na maternidade, paternidade e adoção, de acordo com o mencionado no artigo 7.º, na alínea a) a acessibilidade aos serviços de saúde reprodutiva, nomeadamente, cuidados contraceptivos, pré-concepcionais e de vigilância da gravidez; na alínea d) incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto; e na alínea e) garantir o parto hospitalar e assegurar os meios humanos e técnicos que possibilitem a assistência eficaz e humanizada à grávida e ao recém-nascido (Assembleia da República, 1999).

Na maioria dos países a educação para a saúde, durante a gravidez, é assegurada pelos profissionais de saúde. A grávida recorre assim a profissionais confiáveis, do ponto de vista científico e relacional, sendo este tipo de informação formal. A informação obtida através de familiares e amigos, é o processo mais utilizado pela grávida ao longo do seu crescimento e durante toda a gestação, sendo considerado informação informal (Couto, 2006).

Desta forma, o conhecimento é considerado fundamental no processo da maternidade, mas o que se verifica, é que este conhecimento nem sempre é adquirido da melhor forma

e em quantidades adequadas às necessidades, sendo importante filtrar ou selecionar a informação adquirida.

Carolan (2007) destaca que o aumento da informação fornecida, diminui o medo, mas a maior parte da informação não complementa as necessidades destas mulheres.

No entanto, em muitas situações, a informação transmitida não se transforma em conhecimento que garanta uma atuação eficaz a todos os condicionalismos (Davidson, 2009)

Nesta perspetiva, o EESMO desempenha um papel crucial na transmissão de informação, possibilitando ao casal a aquisição de conhecimentos, permitindo uma maior segurança no assumir do seu novo papel, permitindo assim, a transição para a parentalidade.

No sentido de estabelecer um plano adequado de educação para a saúde da grávida, é fundamental conhecer a informação que a grávida apresenta sobre a gravidez, trabalho parto e parto (Santos, 2007).

A preparação para o parto é definida por Couto (2004) como um “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros, que encoraja a participação ativa no processo de parto” (p.14). A preparação para o parto e parentalidade é considerada um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos de grande importância para a grávida, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados tendo em conta o resultado esperado com ganhos em saúde para a grávida e sua família (Couto, 2006).

Neste contexto, o autor faz referência a uma nova designação para os cursos de preparação para o parto, nomeadamente, cursos de preparação para o parto e parentalidade, incorporados na cultura dominante da grávida e da sua família, tendo sempre em conta as representações mentais e sociais que emergem do seu conhecimento (Couto, 2003).

Como refere Guedes e Canavarro (2013) as “Intervenções psicoeducativas focadas nos casais devem promover uma perspetiva realista acerca das alterações emocionais e reorganizações conjugais decorrentes da transição para a parentalidade” (p.285). Os cursos de preparação para o parto e parentalidade permitem este tipo de intervenção por

parte dos EESMO, auxiliando o casal numa das etapas mais importantes das suas vidas.

O curso de preparação para o parto e parentalidade deve ser considerado um meio privilegiado de transmissão de informação e de conhecimentos sobre a gravidez, trabalho de parto e parto, de forma a tornar a mulher no principal interveniente neste processo da maternidade. A educação do método de preparação para o parto e parentalidade implica a sua introdução nas Faculdades de Medicina, Escolas Superiores de Enfermagem, nas Maternidades, bem como a sua prática no contexto hospitalar e nos Cuidados de Saúde Primários, tal como previsto na legislação de Proteção na maternidade e paternidade (Santos, 2007).

O suporte teórico e prático é extremamente importante para a organização de novas intervenções de enfermagem, ajustando a prática dos cuidados às necessidades das grávidas, aprofundando saberes de enfermagem para melhores práticas (Couto, 2006).

Relativamente ao papel parental, este tem sofrido mudanças rápidas que condicionam a vivência do homem e da mulher sobre a gravidez e o nascimento, bem como a relação com os filhos. As mudanças a nível estrutural na família e na sociedade determinaram inevitáveis mudanças surgindo uma nova visão e papel de pai.

No século XIX, com a Revolução Industrial, acentuam-se os efeitos da restrição das mulheres às atividades domésticas, com a crescente valorização do trabalho dos homens no exterior. Desta forma, a educação dos filhos fica a cargo das mulheres, conquistando a liderança do lar, devido à crescente ausência do pai envolvido no mundo do trabalho (Badinter, 1993).

Neste seguimento, foi com a emancipação da mulher, nos anos cinquenta, que se verificaram algumas modificações no que diz respeito ao papel do pai no contexto familiar. A partir dos anos setenta emerge assim, uma nova imagem do pai, comprometido não só com o suporte económico e educação dos filhos, assumindo também os cuidados em qualquer fase do seu desenvolvimento (Gomez, 2005).

O pai começa a ser considerado enquanto progenitor ativo, envolvente e envolvido nos cuidados à família, expandindo-se assim esta nova imagem ao longo das últimas décadas (Colman e Colman, 1994).

Na opinião de Teixeira (citado por Santos, 2007) este refere que se verificam alterações no papel parental, quer pela existência de laços afetivos mais fortes que vão promover a

construção da tríade pai-mãe-filho, quer pela sua participação na gravidez, no parto e no pós-parto, assim como no dia-a-dia da família, tarefas outrora centralizadas na figura materna.

Sabemos que nas últimas décadas a visão do pai tem vindo a ser alterada, nomeadamente, o direito de ver nascer o seu filho e de permanecer próximo da companheira participando ativamente na vivência desta experiência única.

Num estudo realizado por Balancho (2004) em que comparou o pai do passado e o pai atual, verificou que o pai do passado era prepotente, ausente e distante a nível emocional, contrariamente à visão do pai atual, visto como, mais presente e próximo afetivamente.

Atualmente, o pai prepara de forma diferente a sua paternidade acompanhando a gestação da mulher passo a passo, participando ativamente neste processo. Tornou-se uma figura importante, durante as consultas pré-natais, na realização dos exames ecográficos, nas aulas de preparação para o parto e parentalidade e no nascimento, elaborando de outra forma a representação mental que faz do seu filho (Bayle, 2006). Colman e Colman (1994) consideram que os pais devem estar mais presentes nos cuidados e em momentos especiais como é o caso do nascimento.

Piccinini e Rapoport (2004), no seu estudo acerca do envolvimento paterno durante a gravidez, demonstraram que a grande incidência de envolvimento emocional relatada pelos pais é referente ao terceiro trimestre de gestação, pois é um período marcado pela proximidade do nascimento.

Gomez e Leal (2007) verificaram que a intensidade de envolvimento paterno depois do nascimento se relaciona diretamente com o nível de envolvimento no final da gravidez.

A nível de contexto histórico o primeiro caso relatado da presença de homens nos partos surgem segundo Correia (1998) em 1663 quando Luís XIV foi chamar um cirurgião para ajudar no parto da sua amante, iniciando assim a presença dos homens no parto. Até essa data, o nascimento bem como os assuntos a ele associados eram camuflados e circunscreviam-se ao domínio feminino. Hoje em dia, isso já não se verifica. Nas últimas três décadas, o envolvimento masculino, na gestação, no parto e na paternidade, tem vindo a crescer. Os homens estão mais conscientes da grandeza da transição que ocorre nas suas vidas, procurando eles próprios usufruírem da sua experiência pessoal (Colman & Colman, 1994).

No acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto, segundo o Decreto-Lei n.º 14/85, era reconhecido à grávida o direito de acompanhamento pelo futuro pai. Em 2014, surge a revogação da Lei, no sentido de permitir à grávida escolher a pessoa no seu acompanhamento, referindo o Decreto-Lei n.º 15/14, artigo 12.º, mencionado no ponto n.º 2 que, “É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida” (Assembleia da República, 2014, p.2129). Tomeleri, Pieri, Violin, Serafim e Marcon (2007) referem que os pais ao assistirem ao nascimento do filho, vivem experiências positivas pelo suporte emocional que proporcionam à grávida e pelos sentimentos e emoções que vivem, os quais podem favorecer o maior envolvimento emocional precoce com o filho.

É necessário que os profissionais de saúde estejam atentos e recebam formação para proporcionar ao pai uma experiência positiva e gratificante. Os profissionais assumem um papel de destaque na preparação do casal, permitindo que estes vivam de uma forma positiva este momento tão importante das suas vidas.

A preparação para o parto e parentalidade proporciona ao casal uma oportunidade para o marido/companheiro ajudar a sua mulher nessa experiência única (Santos, 2007).

Sendo assim, o envolvimento do pai é muito importante para a grávida, não só durante a gravidez, mas também no momento do parto. A parturiente encontra-se isolada do seu meio habitual e em conjunto com todos os fenómenos do parto e todos os atos médicos e de enfermagem, podem desenvolver na mulher um quadro de ansiedade que a impeça de colaborar corretamente durante o parto. Falar em ansiedade e medo implica falar da dor durante o parto. A aproximação da data do parto aumenta a ansiedade na grávida, pois, é associado ao parto um momento de dor e grande sofrimento (Santos, 2007).

A presença do pai reduz este quadro de ansiedade e medo, permitindo que a parturiente relaxe ao sentir que não está sozinha, mantendo uma boa comunicação com o acompanhante e com a equipa de profissionais. Para a mulher em trabalho de parto é fundamental ter alguém significativo do seu lado, para poder falar dos seus medos e receios, incentivando-a a participar em todo o processo de parto.

A participação do pai no parto pode ser vista como um facto inato, como um processo de aprendizagem cultural. O que se percebe é que o envolvimento paterno intenso, quando permitido, fortalecerá os vínculos futuros de assistência e afeto em relação ao seu filho e à sua mulher.

Desta forma, as intervenções da equipa multidisciplinar em geral, e dos EESMO em particular, deverão ser estruturadas tendo em conta os aspectos acima mencionados que envolvem a transição para a parentalidade no contexto da maternidade e paternidade em idade reprodutiva tardia.

## 2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA MULHER NO CONTEXTO DA MATERNIDADE EM IDADE REPRODUTIVA TARDIA

Nos últimos anos, verificou-se um aumento do número de grávidas com idade superior a 35 anos, sendo assim evidente, a pertinência da abordagem desta temática, na área dos cuidados de enfermagem, permitindo uma melhor assistência a nível dos cuidados de saúde.

Na opinião de Mercer (citado por Graça, 2010), as Enfermeiras estabelecem relações terapêuticas com a mulher durante o processo de transição para a maternidade, sendo responsáveis pela apreciação de necessidades, promoção da saúde e avaliação dos efeitos da intervenção.

Os profissionais de saúde devem estar atentos à diversidade de contextos que envolvem a gravidez em idade reprodutiva tardia, evitando atitudes estigmatizadoras que interferem de forma negativa na relação terapêutica (Guedes & Canavarro, 2013).

Neste seguimento, a sensibilização e formação dos profissionais de saúde, nesta área específica é fundamental, pois o Enfermeiro atua como intermediário entre a mulher e o meio circundante, permitindo estabelecer uma relação eficaz, facilitando a adaptação e promovendo o bem-estar materno e familiar.

Meleis (citado por Amendoeira, 2006) evidencia que, os Enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição, ocorrendo mudanças no estado de saúde.

Este modelo teórico apresenta os Enfermeiros como facilitadores do processo de transição e de adaptação, permitindo assim, que o indivíduo alcance uma maior sensação de bem-estar.

Os processos de transição denotam uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis, nas expectativas ou habilidades, na medida em que os processos de transição requerem que o ser humano adicione novos conhecimentos, para alterar o comportamento e como tal, mudar a definição de si em contexto social (Meleis et al., 2000).

Neste sentido, para que as intervenções de enfermagem tenham uma participação decisiva no processo de transição e adaptação das mulheres em idade reprodutiva tardia, o EESMO deverá estar consciente de que é fundamental conhecer as necessidades específicas destas mulheres. Portanto, cabe ao Enfermeiro ajustar e ampliar a assistência individualizada, sendo imprescindível conhecer as razões do adiamento da maternidade, analisando a mulher de forma holística, preocupando-se com as suas atitudes, bem como com o desenvolvimento da gestação (Lima et al., 2009).

De acordo com o autor Couto (2004), este considera que:

A mulher deve ser encarada como alguém que necessita de cuidados principalmente no campo da aprendizagem do que é a gravidez, pois é um estado acima de tudo novo e diferente, surgindo questões e premissas que devem ser resolvidas, orientadas e reelaboradas com a própria grávida. (p.11)

A preparação prévia facilita a experiência da transição, e a falta de preparação é considerado inibidor de uma transição saudável. Relacionado com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e que estratégias podem ser úteis para a gerir (Meleis et al., 2000).

Para Darvil e colaboradores (citado por Graça, 2010), a frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade e as informações proporcionadas pelos profissionais contribuem para aumentar os sentimentos de controlo das situações sendo essencial no processo de transição para a maternidade.

É fundamental a contribuição dos profissionais de enfermagem na compreensão dos sentimentos e receios mais comuns das gestantes que estão a viver este evento complexo, visando à otimização da assistência pré-natal, nomeadamente, a educação para a saúde (Lima et al., 2009).

Enquanto EESMO devemos aconselhar a grávida a frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade, permitindo que o casal se sinta mais seguro no assumir do seu papel, pois, este tipo de cursos proporcionam conhecimentos, que promovem a



preparação física e psicológica da grávida para o parto e maternidade e o desenvolvimento de competências para cuidar do recém-nascido.

Hudson, Elek e Flek (2001), defendem que a partilha, em grupos de pares, de sentimentos e dificuldades experienciados, assim como o treino de competências parentais em sessões formativas, são apresentados como estratégias eficazes na promoção da parentalidade.

A frequência nos cursos de preparação para o parto e parentalidade vai permitir às grávidas e seus acompanhantes, estabelecerem uma relação empática e de confiança, sentindo-se mais próximos do EESMO. Neste seguimento, Meleis et al. (2000) realçam que os indivíduos que apresentam uma relação próxima com os profissionais de saúde esclarecem as suas dúvidas, verificando-se assim uma experiência de transição e adaptação positiva para a maternidade.

O EESMO funciona como elo de ligação entre a Grávida/Puérpera/Família e a equipa multidisciplinar, assumindo um lugar de destaque na transmissão adequada de informação, motivando para o esclarecimento de dúvidas. Ao permitir que a mulher expresse e reconheça os seus sentimentos e emoções, o EESMO está a ajudá-la a ultrapassar as dificuldades inerentes ao processo da maternidade, incentivando-a a valorizar apenas os aspetos positivos, nomeadamente o nascimento do seu filho.



# PARTE II

---

## ESTUDO EMPÍRICO



## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### CAPÍTULO I – METODOLOGIA

Este capítulo refere-se à metodologia do estudo qualitativo e quantitativo, sendo apresentado seguidamente de forma esquemática o desenho da nossa investigação.

#### 1. DESENHO DO ESTUDO

O percurso investigativo iniciou com o estudo de natureza qualitativo, com abordagem fenomenológica descritiva seguindo-se o estudo quantitativo descritivo-correlacional (figura 1). De seguida será descrito os passos de cada estudo.

**Figura 1.** Esquema do desenho de investigação



## 2. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO QUALITATIVO

Neste capítulo apresentamos a justificação e finalidade do estudo; a delimitação do fenómeno em estudo e objetivos; as questões orientadoras; o contexto do estudo; os participantes no estudo; o processo de recolha de dados; os procedimentos para análise dos dados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi (1985, 1997), finalizando com os procedimentos formais e éticos.

### 2.1. Justificação e finalidade do estudo

A investigação científica é um processo sistemático, que permite examinar fenómenos, com vista a obter respostas a questões precisas, que merecem uma investigação (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

A problemática inerente ao nosso estudo de investigação, surgiu no âmbito da prática profissional como EESMO na Sala de Partos, verificando-se, na sociedade atual, nos últimos anos, um aumento significativo do adiamento da maternidade nas mulheres primíparas.

No decurso do processo de revisão da literatura sobre a temática em estudo, constatámos que, os estudos realizados a nível nacional e internacional eram diminutos nesta área, existindo assim, necessidade de aprofundar e clarificar este fenómeno cada vez mais presente na sociedade.

Neste sentido, este foi o ponto de partida para o desenvolvimento do nosso estudo, com a finalidade de obter um conhecimento aprofundado e detalhado sobre os determinantes, vivências e experiências das nossas participantes a partir do seu auto-relato, no contexto da maternidade em idade reprodutiva tardia.

Pretendemos assim com este estudo colmatar algumas lacunas nesta área específica, promovendo a implementação de intervenções de enfermagem adequadas e eficientes, proporcionando a modificação e reestruturação das políticas de saúde implementadas, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados.

## 2.2. Delimitação do fenómeno em estudo e objetivos

A gravidez e a maternidade são realidades distintas, sendo consideradas como um período de desenvolvimento caracterizado pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2006).

Na gravidez inicia-se a consciencialização e identificação com o papel materno, verificando-se no puerpério não só a interiorização e adaptação à identidade materna, como identificação no papel de mãe.

Neste sentido propomo-nos estudar os “Determinantes e Vivências na transição para a parentalidade, em idade reprodutiva tardia, em mães pela primeira vez”, definindo os seguintes objetivos:

- Compreender as vivências e os determinantes bio-psico-sociais que envolvem a maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez;
- Conhecer os determinantes que levam à maternidade tardia;
- Descrever os sentimentos e as expectativas presentes neste período da maternidade;
- Compreender os significados atribuídos pelas mães primíparas em idade reprodutiva tardia sobre a maternidade.

## 2.3. Questões orientadoras

Num trabalho de investigação qualitativa, as questões orientadoras num estudo, segundo Giorgi e Sousa (2010) evidenciam que “Qualquer estudo deve partir de uma pergunta de investigação. Caso se assuma que o método fenomenológico é adequado à questão de investigação, então, a investigação tem início com a obtenção de descrições de experiências ” (p.79).

Sendo assim, para estruturar a nossa pesquisa, formulámos um conjunto de questões orientadoras do nosso estudo:

- Como é vivenciada a maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez?



- Quais as experiências significativas vivenciadas na maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez?
- Quais os determinantes bio-psico-sociais que levam ao adiamento da maternidade?

## **2.4. Contexto do estudo**

Relativamente ao contexto do estudo, este diz respeito ao local de recolha de dados, que envolvem os indivíduos que experienciam o fenómeno em estudo.

Neste âmbito, o local de recolha de dados foi o Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade de Aveiro (CHBV-UA) e o Hospital Privado Cliria em Aveiro, nos Serviços de Obstetrícia, Consulta Externa e Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade a decorrer nas respetivas instituições. A escolha destes serviços reside no facto das grávidas e mães experienciarem o fenómeno em duas situações distintas: as vivências na maternidade tardia, na gravidez e pós-parto. A recolha de dados foi efetuada em dois períodos, no terceiro trimestre de gravidez e no sexto mês após o parto.

Tendo em conta os objetivos propostos, elaboramos uma entrevista num primeiro momento, realizada às grávidas entre as 34 semanas e as 41 semanas de gestação, e num segundo momento no sexto mês após o parto na residência das participantes.

O motivo da escolha do local para a entrevista deve-se ao facto de ser um local familiar tornando-se mais confortável, facilitando os fatores inibidores resultantes do meio onde decorre a entrevista, proporcionando-nos a observação e registo de notas de campo das participantes no seu contexto familiar e espaço envolvente.

## **2.5. Participantes no estudo**

Na opinião de Streubert e Carpenter (2002), “Os indivíduos são selecionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira mão, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse” (p.25).

Neste estudo assumiu-se o envolvimento ativo das participantes, o que permite uma

melhor compreensão do fenómeno que se pretende conhecer.

A amostra do nosso estudo é intencional, sendo utilizada de forma frequente na pesquisa fenomenológica, permitindo este método selecionar os participantes para o estudo, baseando-se, no conhecimento específico de determinado fenómeno, no sentido de partilhar esse conhecimento (Streubert e Carpenter, 2002).

Assim sendo, a nossa amostra é constituída por grávidas e mães, em idade reprodutiva tardia mães pela primeira vez, existentes nos Serviços de Obstetrícia, Consulta Externa e Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, no CHBV-UA e Hospital Privado-Cliria em Aveiro.

Sendo assim, no nosso estudo consideramos como:

- **critérios de inclusão:**

- Idade materna superior ou igual a 35 anos;
- Primiparidade;
- Grávida/ feto saudável;
- Frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade.

- **critérios de exclusão:**

- Gravidez múltipla;
- Doença mental/psiquiátrica.

A amostra foi constituída por 35 participantes, tendo as entrevistas decorrido entre o período de novembro de 2011 a junho de 2012, englobando este período os dois momentos da entrevista.

Num estudo qualitativo, o número de participantes não é definido previamente, sendo determinado pela saturação de dados. Na opinião de Guerra (2006) a “saturação é definida como um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador - ou a equipa- têm a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto de pesquisa” (p.42).

Neste seguimento, o número de sujeitos é determinado a partir da verificação e constatação da reincidência das informações. A partir do momento em que os resultados mais coesos e consistentes demonstram informações repetitivas e redundantes, evidencia-se a saturação teórica dos dados (Fontanella, Ricas &Turato, 2008).

Constatamos assim, que nas pesquisas qualitativas o critério de representatividade da amostra não é numérico, sendo necessário apenas que a quantidade de participantes permita abranger a totalidade do problema em estudo.

Na caracterização das nossas participantes, relativamente à atividade profissional, esta variável foi classificada tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística (2010), que se divide nos seguintes grupos profissionais: 0 – Profissões das Forças Armadas; 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; 2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas; 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio; 4 – Pessoal administrativo; 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; 7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; e 9 – Trabalhadores não qualificados. Para além destas nove classes profissionais, foi acrescentado mais duas categorias para dar resposta a todas as ocupações das participantes deste estudo: doméstica e desempregada.

## **2.6. Processo de recolha de dados**

Na investigação qualitativa podemos utilizar uma variedade de estratégias distintas para obtenção de dados (Streubert e Carpenter, 2002).

Neste seguimento, optámos no nosso estudo de investigação, utilizar uma das técnicas mais utilizadas na investigação qualitativa, nomeadamente, a entrevista aberta, não estruturada em dois momentos, no terceiro trimestre de gravidez e no sexto mês após o parto.

Na opinião de Streubert e Carpenter (2002), afirmam que:

(...) as entrevistas abertas possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse. As entrevistas geralmente são conduzidas face a face. Para facilitar a partilha da informação pelos participantes, é boa prática entrevistar quando e onde for mais confortável para eles. Quanto mais

confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada.

(p.26)

Sendo assim, a entrevista não estruturada, possibilita maior obtenção de respostas, permitindo ao investigador efetuar perguntas abertas, possibilitando ao entrevistado, o não condicionamento das respostas, permitindo que estes expressem as suas vivências e experiências, através da percepção e interpretação de um acontecimento ou situação, privilegiando sempre o lugar escolhido pelo participante para realização da entrevista.

Neste sentido realizou-se uma recolha sistemática de dados através da entrevista aberta não estruturada, recorrendo a tópicos de um Guião (Apêndice I), previamente elaborado, permitindo à pessoa entrevistada orientar o conteúdo da entrevista, visto que, uma entrevista demasiado rígida anula o carácter qualitativo do fenómeno em estudo.

O guião inicial da entrevista, foi testado com uma amostra pequena de participantes, através da realização de entrevistas a três grávidas e a três mães, permitindo esta fase de validação da entrevista ajustar o guião da entrevista, ao fenómeno em análise, treinando alguns aspetos práticos do entrevistador e por outro lado possibilitar uma maior aproximação à problemática em estudo.

Neste seguimento, após a autorização do CHBV-UA (Anexo I) foi realizada a recolha de dados, sendo estabelecido o contacto prévio com as participantes na Consulta Externa, Serviços de Obstetrícia e Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade. O objetivo deste primeiro contacto pessoal visava, a apresentação dos objetivos do estudo, as finalidades, o motivo da realização das entrevistas, o seu local de realização (residência das participantes), a necessidade de autorização para áudio-gravação das entrevistas e garantia de anonimato e confidencialidade através da utilização de códigos nas transcrições das entrevistas com a letra G para grávida e da letra M para mãe, seguida de uma numeração que corresponde à ordem em que as participantes foram entrevistadas.

Foi efetuado um esclarecimento prévio às entrevistadas, evidenciando que apenas a investigadora teria acesso à audição e transcrição integral das entrevistas. Explicitando que somente as unidades de significado retiradas do *verbatim* seriam utilizadas no estudo. A cada participante foi dado espaço de tempo para colocar questões que julgasse necessárias, para tomar uma decisão informada.

Formalizou-se a aceitação da participação no estudo das participantes através da

assinatura do consentimento livre esclarecido (Anexo II) no primeiro momento da entrevista. Desta forma, foi solicitado o contacto telefónico, no sentido de agendar a data e a hora do primeiro momento da entrevista no período entre as 35 semanas e as 41 semanas de gravidez.

Relativamente ao segundo momento da entrevista, foi agendado com as participantes aquando da realização da primeira entrevista a confirmação prévia através de contacto telefónico.

A duração média de cada entrevista foi de 50 minutos. O registo dos dados obtidos processou-se através de gravação digital direta após consentimento das participantes, respeitando os princípios éticos e orientadores da entrevista, procedendo-se após a sua realização à audição integral, seguida da respetiva transcrição.

No decorrer das entrevistas foi dada a possibilidade às participantes de se expressarem de uma forma livre e espontânea, permitindo assim uma interação entre investigador-participante, facilitando o ambiente envolvente da entrevista. Neste sentido, evitamos a utilização de linguagem excessivamente técnica e científica com o intuito de recolhermos o máximo de expressões espontâneas entre as participantes.

## **2.7. Procedimentos para análise dos dados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi (1985, 1997)**

Giorgi e Sousa (2010) referem que o método fenomenológico é próprio de uma metodologia qualitativa, sendo esta adequada, para estudar o sentido da experiência humana, nas diversas relações que estabelece com o mundo.

Neste sentido, na primeira parte do nosso estudo, inerente à investigação qualitativa optámos pelo método fenomenológico segundo Giorgi (1985, 1997), devido à necessidade de explorar as vivências e as experiências das entrevistadas na nossa área de investigação.

Na revisão da literatura efetuada, constatamos que existem alguns autores envolvidos no estudo deste método, mas foi Giorgi (1985, 1997) que mais aprofundou e desenvolveu

esta temática, conseguindo assim uma forma metodológica, rigorosa e sistemática de analisar as experiências vividas no contexto da investigação qualitativa. Neste seguimento, Mendes (2007, 2009) salienta que “o método fenomenológico desenvolvido por Giorgi (1985, 1997) tem as suas raízes na fenomenologia de Husserl (1913, 1983) e Merleau-Ponty (1964)” (p.115).

Neste método o investigador, numa fase inicial obtém descrições de experiências de outros sujeitos. Posteriormente, desenvolve a redução fenomenológica-psicológica, adoptando uma perspectiva sobre o tema em investigação. Finalizando, o investigador procura estabelecer a essência do objecto de estudo através da variação livre e imaginativa, na qual a análise eidética é enquadrada na perspectiva do investigador (Giorgi e Sousa, 2010).

Em suma, o método suporta uma componente descritiva, no sentido em que o resultado final do processo de análise reflete uma descrição em síntese dos significados psicológicos essenciais da experiência das participantes.

Na opinião de Streubert e Carpenter (2002), a análise de dados começa quando se inicia a recolha de dados, considerando estes processos inseparáveis.

Salientamos ainda que, na investigação qualitativa a análise dos dados define-se, como uma fase integrada no processo de investigação, guiando o investigador na sua amostragem que é de natureza intencional, estando presente de cada vez que o investigador se remete a um período de recolha de dados e em que ele se deve situar em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir do fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

Neste seguimento, após a realização das entrevistas, efectuou-se a transcrição integral dos seus conteúdos.

Na análise dos dados utilizamos, o método fenomenológico de análise referido por Amedeo Giorgi (citado por Mendes, 2007, 2009), apresentado de forma resumida no quadro 1.

**Quadro 1.** Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi (1985, 1997)

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>
1 – Obter o sentido do todo	Leitura da transcrição completa das entrevistas para obter o sentido do todo.
2 – Discriminação das unidades de significado	O investigador volta às entrevistas transcritas, e relê-as de novo de forma demorada, e de cada vez que o investigador identifica uma transição de significado nas transcrições, estas são assinaladas. No final desta etapa, obtemos uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes.
3 – Transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica	Transformação da linguagem do dia-a-dia expressa pelos participantes numa linguagem mais rigorosa para o discurso científico de acordo com o contexto disciplinar e com a perspectiva fenomenológica.
4 – Síntese das unidades de significado transformadas numa estrutura descritiva do significado da experiência	Integrar as unidades de significado transformadas em constituintes chave e sintetizar numa descrição da(s) estrutura (s) essencial (ais) e geral (ais) da experiência vivida pelos participantes relativamente ao fenómeno em estudo.

Neste contexto, extraímos expressões da entrevista onde as participantes verbalizavam aspetos relacionados com os objetivos do estudo, estruturando deste modo as unidades de significado. Seguidamente atribuímos significados às unidades de significado, de forma a não alterar a descrição da experiência. Posteriormente, elaboramos as unidades de significado transformadas, não utilizando as palavras textuais do *verbatim* dos participantes, mas sim o seu significado. Em suma, transformamos o conteúdo das entrevistas, em unidades de significado, recorrendo à estrutura essencial, para descrever o significado atribuído ao fenómeno em estudo.

No que diz respeito ao fundamento de identificação dos constituintes-chave, relativamente à transição para a parentalidade na gravidez e no pós-parto, este tem por

base o estudo anterior de Mendes (2007, 2009) realizado no Doutorado em Ciências de Enfermagem, intitulado “Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto”, sendo decidido de forma conjunta, a continuidade do estudo sobre esta temática.

## **2.8. Procedimentos formais e éticos**

Para efetuar um trabalho científico, os investigadores necessitam ter presente o conceito de ética como ponto fulcral no decorrer de um trabalho de investigação.

Segundo Streubert e Carpenter (2002), para assegurar que o desenho dos estudos, qualitativos ou quantitativos, sejam sólidos do ponto de vista ético e moral é necessário que haja responsabilidade pessoal e profissional por parte do investigador.

Neste contexto, salientamos que após a autorização do CHBV-UA (Anexo I), efetuamos o contacto com o Enfermeiro Chefe e Diretor Clínico dos serviços do referido hospital, informando-os do estudo a realizar.

É de realçar, que só prosseguíamos com as entrevistas e aplicação dos instrumentos de recolha de dados, após obtenção do consentimento livre esclarecido assinado pelas participantes (Anexo II). Neste seguimento foi dado esclarecimento sobre os objetivos inerentes ao nosso estudo, tal como, a confidencialidade dos dados, garantindo que toda a informação recolhida no contexto da nossa investigação, apenas estaria acessível ao investigador, não havendo obrigatoriedade de participar na investigação.



### 3. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO QUANTITATIVO

A metodologia de investigação quantitativa surge da necessidade de desenvolver um método de investigação fiável e esclarecedor, tendo como base uma ciência exata.

No nosso estudo de investigação optou-se por utilizar o método quantitativo, por ser o que melhor se adapta a este segundo momento do nosso estudo, complementando assim, o estudo qualitativo. Este método é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, tendo em conta a obtenção de resultados numéricos, podendo ser generalizados a outras populações ou contextos (Fortin et al., 2009).

Relativamente a este capítulo fazemos referência ao tipo de estudo e questões de investigação; objetivos de estudo e hipóteses; população e amostra; variáveis independentes; variáveis dependentes, instrumentos de recolha de dados; procedimentos de recolha de dados, finalizando com os procedimentos estatísticos.

#### 3.1. Tipo de estudo e questões de investigação

Face à problemática em questão, e no seguimento do estudo qualitativo, propôs-se para esta investigação quantitativa um estudo descritivo-correlacional. Ao contrário dos estudos apenas descritivos, em que a descoberta e a descrição são o objetivo fundamental, os estudos do tipo descritivo-correlacional, procuram explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações (Fortin et al., 2009).

O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno, permitindo no decorrer de um mesmo processo, considerar em simultâneo várias variáveis com vista a explorar as suas relações, assim como, descrever as relações que foram detetadas entre as variáveis (Fortin et al., 2009).

Sendo assim, no presente estudo empírico, procurou-se explorar as eventuais relações entre a variável dependente e algumas variáveis independentes.

Para se poder iniciar um estudo de investigação, é necessário a elaboração da questão de investigação, visto ser esta que determina toda a evolução do referido estudo. As questões de investigação são utilizadas nos estudos exploratórios/descritivos, e por vezes também, nos estudos correlacionais, considerando-se portanto como premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação (Fortin et al., 1999).

Segundo Fortin et al. (1999), as questões de investigação “são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”.

Neste sentido, as questões orientadoras do nosso estudo foram:

- Será que as variáveis demográficas influenciam as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia no sexto mês após o parto?
- Será que a frequência no curso de preparação para o parto e parentalidade, influencia o processo de transição para a parentalidade em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto?
- Será que a idade materna e a experiência com o filho predizem os sintomas somáticos em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto?

### 3.2. Objetivos de estudo e hipóteses

O objetivo de um estudo “determina ao mesmo tempo a orientação da investigação e o tipo de estudo a empreender ” (Fortin et al., 2009, p.327).

Deste modo, enunciamos os seguintes objetivos:

- Descrever a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;
- Estudar as propriedades psicométricas da escala *The Being a Mother Scale* (BaM-13; Matthey, 2011).
- Adaptar a escala *The Being a Mother Scale* (BaM-13) para a língua portuguesa, originando a versão portuguesa do BaM-13: *Escala de autoperceção de Ser Mãe* (EapSM);

- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade nas atitudes e ajustamento materno, avaliadas pela escala *EapSM*, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;
- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade nas atitudes e ajustamento materno, avaliadas pelo questionário *MAMA*, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;
- Analisar a relação entre as atitudes e o ajustamento materno e a autopercepção de ser mãe, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;
- Estudar a predição da idade materna e a experiência com o filho nos sintomas somáticos maternos, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.

Num estudo de investigação quantitativa surgem as hipóteses que são enunciados formais sobre as relações antecipadas das variáveis em estudo (Fortin et al., 2009).

Considerando a revisão bibliográfica realizada e de acordo com os objetivos em estudo, enunciamos as seguintes hipóteses empíricas:

**H1** – Há relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração atual do relacionamento, habilitações literárias, atividade profissional) e a autopercepção de ser mãe em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;

**H2** – Há relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a autopercepção de ser mãe em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;

**H3** – Há relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração atual do relacionamento, habilitações literárias, atividade profissional) e as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;

**H4** – Há relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e

parentalidade e as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;

**H5** – Há relação entre as atitudes e o ajustamento materno e a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto;

**H6** – A idade materna e a experiência com o filho predizem os sintomas somáticos maternos em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.

### 3.3. População e Amostra

Como define Fortin et al. (2009), uma amostra caracteriza-se por ser “ (...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (p.312). Assim, a amostra foi recolhida no sexto mês após o parto, sendo constituída por 137 mães em idade reprodutiva tardia, mães pela primeira vez.

O método de amostragem utilizado no nosso estudo foi a amostragem não probabilística, visto que este tipo de amostragem “não dá a todos os elementos da população a mesma probabilidade de ser escolhido para formar uma amostra” (Fortin et al., 2009, p.321).

Neste seguimento, a nossa amostra foi obtida através da amostragem acidental ou de conveniência, sendo esta “constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin et al., 2009, p.321).

O estudo decorreu na zona centro de Portugal, no CHBV-UA e no Hospital Privado CLIRIA de Aveiro, nos Serviços de Obstetrícia, Consulta Externa e Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade a decorrer nas respetivas instituições.

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram: idade materna superior ou igual a 35 anos, primiparidade, grávida/feto saudável, frequência do curso de preparação para o parto e parentalidade. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: gravidez múltipla, doença mental/psiquiátrica.

### 3.4. Variáveis

As variáveis são “(...) as unidades de base da investigação. Elas são qualidades ou características às quais se atribuem valores” (Fortin et al., 2009, p.171). As variáveis presentes neste estudo são independentes e dependentes.

#### 3.4.1. Variáveis independentes

A variável independente é “considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente” (Fortin et al., 2009, p.171). As variáveis independentes selecionadas são simultaneamente variáveis atributo, conhecidas também por variáveis sociodemográficas ou de caracterização. A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades de estudo (Fortin et al., 2009).

No questionário sociodemográfico encontram-se as variáveis independentes: idade, habilitações literárias, estado civil, duração do relacionamento, atividade profissional, o local de residência e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade, na transição para a parentalidade.

Relativamente à variável idade, esta foi registada de acordo com o referido pelos participantes em anos e posteriormente agrupada em faixas etárias (35-39 anos; 40-45 anos).

No que diz respeito às habilitações literárias, as categorias foram criadas tendo em consideração o grau de escolaridade atingido: Ensino Superior (licenciatura, pós-graduação, mestrado e doutoramento), Ensino Médio (Cursos médios, tecnológicos e bacharelato), Ensino Secundário (do 9º ao 12º ano de escolaridade) e Ensino Básico (até ao 9º ano de escolaridade).

Quanto à variável estado civil considerámos dentro desta, cinco categorias: solteiro, casado, divorciado, viúvo, união de facto.

A variável duração atual do relacionamento foi registada de acordo com o referido pelos sujeitos em anos e agrupada posteriormente em quatro categorias: até 4 anos, 5-8 anos, 9-12 anos e 13-18 anos.

Relativamente à atividade profissional, esta variável foi classificada tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística (2010), que se divide nos seguintes grupos: 0 – Profissões das Forças Armadas; 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos; 2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas; 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio; 4 – Pessoal administrativo; 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores; 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; 7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; e 9 – Trabalhadores não qualificados. Para além destas nove classes profissionais, foram acrescentadas mais duas categorias para dar resposta a todas as ocupações das participantes deste estudo: doméstica e desempregada.

A variável local de residência foi dividida em três categorias: cidade, vila e aldeia. Por último, a variável respeitante ao benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na transição para a parentalidade foi categorizada dicotomicamente assumindo a resposta sim e não.

### 3.4.2. Variáveis dependentes

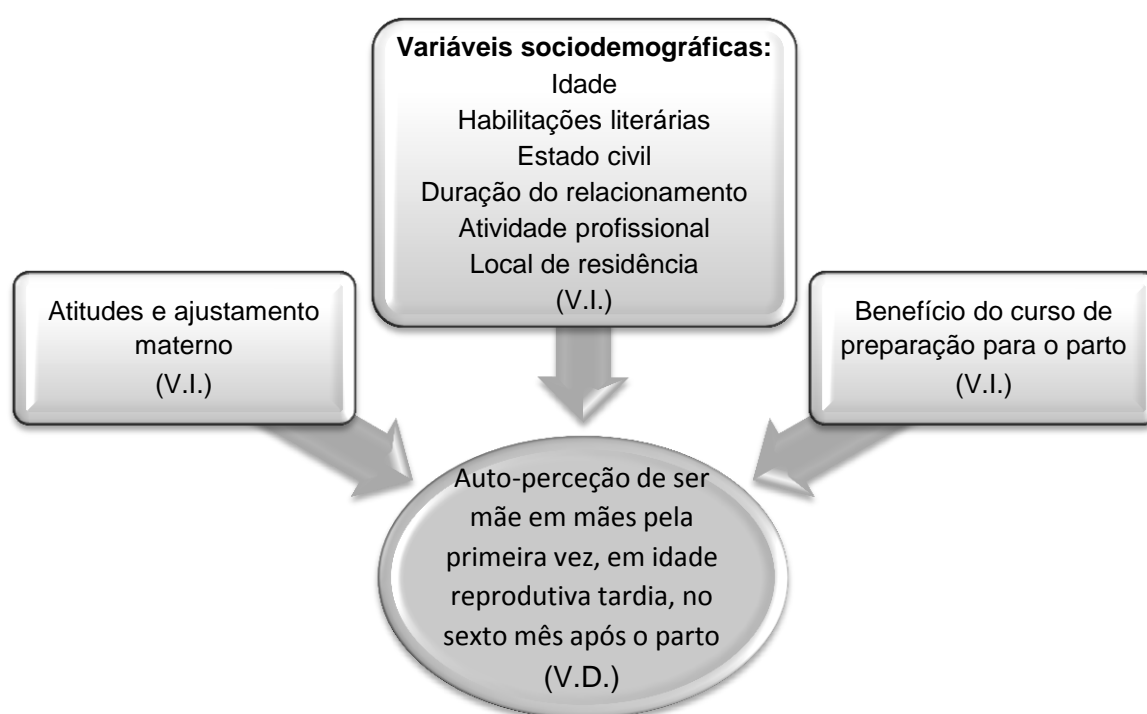
A variável dependente é “a que sofre o efeito da variável independente” (Fortin et al., 2009, p.171). A variável dependente, para além de ser o facto ou fenómeno a ser explicado ou desmistificado, é o efeito, resultado ou mesmo consequência das variáveis independentes.

As variáveis dependentes do estudo foram: as atitudes e o ajustamento materno em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto (operacionalizada através do questionário *MAMA*) (Figura 2); e a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto (operacionalizada através da escala *EapSM*) (Figura 3).

**Figura 2.** Esquema da operacionalização entre as variáveis independentes (V.I.) e variável dependente (V.D.) atitudes e ajustamento materno em primíparas em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.



**Figura 3.** Esquema da operacionalização entre as variáveis independentes (V.I.) e variável dependente (V.D.) autopercepção ser mãe em primíparas em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto.



### 3.5. Instrumentos de recolha de dados

A escolha dos instrumentos de recolha de dados teve em conta determinados fatores, tais como os objetivos, as hipóteses e o tipo de estudo, as características da amostra, o nível de conhecimentos sobre as variáveis, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida.

As participantes deste estudo preencheram um protocolo de recolha de dados que teve como objetivo avaliar as variáveis sociodemográficas, a experiência da maternidade e as atitudes e o ajustamento materno após o nascimento do primeiro filho. De seguida, procede-se a uma breve descrição de cada um desses instrumentos de medida.

#### **Questionário Sociodemográfico**

No questionário sociodemográfico (Anexo III) constam várias questões relacionadas com a idade, habilitações literárias, estado civil, duração do relacionamento, atividade profissional, local de residência, e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade, na transição para a parentalidade no pós-parto.

***Escala de autoperceção de Ser Mãe (EapSM)*** – versão portuguesa da *The Being a Mother Scale (BaM-13; Matthey, 2011)*.

A *Escala de autoperceção de Ser Mãe (EapSM)* constitui uma versão portuguesa da *The Being a Mother Scale (BaM-13)*, publicado em 2011 por Matthey (Anexo IV). Esta escala tipo Likert de 4 pontos (de 0 = sim, sempre ou na maioria das vezes e 3 = não, raramente ou nunca), é composta por 13 itens e destina-se a avaliar a experiência da maternidade nas últimas 2-3 semanas. As áreas avaliadas pela escala incluem: isolamento social, arrependimento, sentido de confiança, relação com o bebé/criança, satisfação com o apoio social, coping e culpa. É um questionário de auto-resposta válido para mulheres desde as primeiras semanas pós-natal até a 2 a 4 anos pós-parto.

O autor da escala original encontrou valor de alfa de Cronbach de .798, indicativo de uma



consistência interna adequada. A análise fatorial exploratória desse estudo revelou três fatores: a experiência com o bebê/criança (itens 3, 9, 10, 12 e 13: relacionados com a experiência da mãe com o seu bebê/criança), experiência como adulta (itens 2, 5, 6, 7, 8, e 11: focam-se na própria experiência da mulher enquanto adulta), proximidade emocional (itens 1 e 4: relacionam-se com a ligação emocional da mãe com o seu bebê/criança). A pontuação total da *EapSM* varia de 0-39. Valores mais elevados indicam menos satisfação com a experiência da maternidade. A escala está construída de forma que a primeira opção de resposta de todos os itens seja cotada com zero e as seguintes pontuadas com 1, 2 ou 3 respetivamente. Esta opção minimiza o erro das pontuações que podem ocorrer em escalas de ordem invertidas.

**Questionário *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA;** Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2004) – versão portuguesa do *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA; Kumar, Robson & Smith, 1984).

O MAMA é um questionário de auto-resposta, construído por Kumar, Robson e Smith em 1984 (Anexo V). É composto por 60 itens que avaliam as atitudes e o ajustamento materno e apresenta duas versões, uma para a gravidez e outra para o pós-parto. A versão utilizada no presente estudo é a pós-natal, traduzida por Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004). É uma escala tipo Likert de 4 pontos, com pontuações entre 1 (nunca/de forma alguma) e 4 (muitas vezes/muitíssimo). Quanto mais elevados forem os valores na escala, nos fatores e nos itens, pior é a perceção de ajustamento e mais negativas são as atitudes.

Este questionário é constituído por 5 fatores, cada um composto por 12 itens: imagem corporal (itens 2,12,18,19,21,31,44,47,49,53,55,57 – avalia a perceção das modificações corporais por parte da mãe, tais como, auto-apreciação/auto-depreciação, conforto/desconforto com a sua imagem corporal); sintomas somáticos (itens 1,4,6,9,17,27,32,33,35,38,41,59 – refere-se ao mal-estar da perceção do funcionamento somático da mãe, tais como, manifestações respiratórias, gastrointestinais e cardiovasculares), relação conjugal (itens 3,8,15,26,34,36,37,43,48,50,52,56 – centra-se nos sentimentos de cumplicidade e de entre-ajuda da parte da mãe relativamente ao seu relacionamento conjugal após o parto), atitudes perante o sexo (itens

5,11,13,20,23,25,30,39,42,45,46,58 – refere-se às manifestações de agrado ou desagrado da mãe relativas à atividade sexual após o parto), atitudes perante a gravidez e o bebé (7,10,14,16,22,24,28,29,40,51,54,60 – avalia os sentimentos de auto-apreciação, conforto e da capacidade de cuidar do bebé por parte da mãe).

Na versão pré-natal os itens invertidos são: 2, 5, 11, 12, 13, 15, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 35, 37, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 56, 58, 59 e 60. Na versão pós-natal, todos estes itens são também invertidos, para além do item 14.

Tal como Graça (2010), optou-se por não recodificar os itens 20, 23 e recodificou-se o item 25, para estarem coerentes com o constructo teórico.

De acordo com o proposto com Kumar, Robson e Smith (1984), na versão pós-natal, os itens 10,14,16,22,23,24,29,30,40,48,54 e 60 foram reescritos de forma a adaptarem-se a este momento.

A versão portuguesa pré-natal do questionário, apresentada por Figueiredo et al. (2004), revelou que os 60 itens se organizam satisfatoriamente pelas mesmas subescalas da versão original. A escala total apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0.85). As subescalas revelaram valores de consistência interna inadmissíveis a bons: Atitudes perante a gravidez e o bebé ( $\alpha = 0.48$ ), Sintomas somáticos ( $\alpha = 0.62$ ), Imagem corporal ( $\alpha = 0.74$ ), Relação conjugal ( $\alpha = 0.75$ ), Atitudes perante o sexo ( $\alpha = 0.82$ ).

No estudo realizado por Graça (2010), com a versão pós-natal do questionário, foi obtido um alfa de Cronbach de 0.89, indicativo de boa consistência interna. Relativamente às subescalas obteve valores fracos a bons: Atitudes perante a gravidez e o bebé ( $\alpha = 0.62$ ), Sintomas somáticos ( $\alpha = 0.65$ ), Imagem corporal ( $\alpha = 0.79$ ), Atitudes perante o sexo ( $\alpha = 0.84$ ), Relação conjugal ( $\alpha = 0.85$ ).

No presente estudo, obteve-se uma consistência interna boa ( $\alpha=.89$ ) para a escala total (Quadro 2). Contudo, para as subescalas os valores variam de inadmissíveis para as Atitudes perante a gravidez e o bebé ( $\alpha = 0.54$ ), a boa para a Imagem corporal ( $\alpha = 0.82$ ), para a Relação conjugal ( $\alpha = 0.83$ ) e as Atitudes perante o sexo ( $\alpha = 0.86$ ).

**Quadro 2.** Consistência interna do *MAMA* – versão pós-natal

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>α</i>
Imagem corporal	25.77	5.30	.82
Sintomas somáticos	23.99	4.71	.67
Relação conjugal	21.02	5.36	.83
Atitudes perante o sexo	22.53	5.51	.86
Atitudes perante a gravidez e o bebé	21.99	3.08	.54
Total	115.30	16.33	.89

Na análise da assimetria e achatamento (Apêndice II), os itens 6, 8, 16, 29, poderão ser problemáticos, com distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica, com valores de assimetria ( $S > 3$ ) e curtose ( $K > 7$ ) acima do recomendado.

Na análise das subescalas, a Imagem Corporal foi a que teve média mais elevada ( $M = 25.77$ ;  $DP = 5.30$ ) e a Relação Conjugal foi a que teve menor média ( $M = 21.02$ ;  $DP = 5.36$ ). A distribuição foi simétrica e mesocúrtica (Apêndice II). Entre todas as subescalas observaram-se correlações estatisticamente significativas (Apêndice II). As correlações mais elevadas de cada subescala com as outras dimensões, verificaram-se entre as subescalas Imagem Corporal e as Atitudes perante o sexo ( $r = 0.43$ ) e entre Atitudes perante o sexo e Atitudes perante a gravidez e o bebé ( $r = 0.38$ ). Todas as subescalas apresentaram correlações significativamente elevadas com a escala total, o que demonstrou a consistência dessas subescalas com o construto medido.

### 3.6. Procedimento de recolha de dados

A recolha de informação junto das entidades e das participantes teve em conta as questões éticas e deontológicas inerentes à investigação. O estudo prosseguiu após a devida autorização dos hospitais onde foi realizada a recolha dos dados (Anexo I). Para a devida utilização da escala *EapSM* e do questionário *MAMA*, foi solicitada autorização

aos respetivos autores (Anexo VI). Foram explicados os procedimentos e o objetivo do estudo a todos os sujeitos, bem como informados do carácter voluntário e anónimo da investigação e da confidencialidade das respostas. Cada participante que cumpria os critérios de inclusão, assinou o consentimento informado, permitindo a participação no estudo (Anexo II).

Para a versão portuguesa da *EapSM* foram analisados os 13 itens que constituem a versão final da escala. A tradução de todos os itens da escala foi realizada por um profissional com domínio da língua inglesa escrita e falada, obedecendo a um procedimento cuidado de forma a manter cada um dos itens o mais fiel possível ao original, mantendo a coerência e conteúdo dos itens.

A versão traduzida da escala foi aplicada a 5 mães, no sentido de se verificar a clareza das questões e a necessidade de alteração de algum detalhe da escala. Contudo, os sujeitos não mostraram qualquer relutância, dúvidas e sugestões, percebendo bem todos os itens.

### 3.7. Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico é uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos (Fortin et al., 2009).

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* para o Windows (versão 20.0). Os dados recolhidos foram sujeitos a análise estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central, dispersão, achatamento e assimetria) tendo em conta a escala de medida de cada variável.

Para estudar associações entre variáveis foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Na avaliação da magnitude das correlações, os valores de referência adotados foram os de Pestana e Gageiro (2008), que sugerem que um coeficiente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa, correlações entre .21 e .39 a associação é baixa, entre .40 e .69 a associação é moderada, entre .70 e .89 a associação é alta e, se for superior a .90 é muito alta.

A avaliação da consistência interna dos itens dos instrumentos de recolha de dados foi efetuada com o coeficiente alfa de Cronbach. De acordo com Pestana e Gageiro (2008), os valores de referência da consistência interna inferiores a .60 são considerados como inadmissíveis; entre .61 e .70 como fracos; entre .71 e .80 como razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .90 como muito bons.

O estudo psicométrico da versão portuguesa do *EapSM* foi realizado através da correlação item-total: correlação não inferior a .30 (Kline, 2000); consistência interna (alfa de Cronbach); análise fatorial e validade convergente. Para a realização da análise fatorial, teve-se em conta o critério de Nunnally (1978) relativamente ao tamanho da amostra, que recomenda um rácio de 10 para 1, ou seja, 10 casos por cada item. Antes de serem aplicadas as técnicas da análise fatorial, é necessário avaliar se os dados são apropriados para análise, através do Teste de Esfericidade de Bartlett, da matriz de correlação anti-imagem (elementos que não estejam nas diagonais), e do Teste de Kaiser-Meyer Olkin (KMO). O Teste de Esfericidade de Bartlett avalia a hipótese de a matriz de correlação ser uma matriz de identidade, ou seja, ter 1.0 em todas as diagonais e 0 fora das diagonais. Através do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), esta estatística permite testar se a matriz de correlação da população é uma matriz de identidade. A rejeição do Teste de Esfericidade de Bartlett sugere que os dados são apropriados para a análise fatorial. A matriz de correlação anti-imagem permite verificar se as variáveis partilham fatores comuns. Assim, deve-se obter um mínimo de 0.5 para todas as variáveis nos elementos diagonais. O teste KMO indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um fator comum. Para a interpretação do KMO utilizou-se os valores de Pestana e Gageiro (2008), que sugerem que é inaceitável a adequação da amostra à aplicação da análise fatorial quando o valor do KMO é inferior a .50, má entre .50 e .60; razoável entre .60 e .70; média entre .70 e .80; boa entre .80 e .90; e muito boa entre .90 e .1.

Para investigar a normalidade das variáveis foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p > .05$ ), e os valores de assimetria e curtose (assimetria  $< 3$  e curtose  $< 7$ ) (Kline, 2005). Tendo em conta o nível de significância, optou-se por testes não paramétricos.

A análise estatística inferencial (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) foi realizada consoante a escala de medida de cada variável. Para o procedimento *post hoc* do Teste de Kruskal-Wallis foi utilizado o Teste de Dunn (Marôco, 2014).

A Regressão Linear Múltipla foi utilizada para obter um modelo parcimonioso que permite

predizer a variável dependente em função das variáveis independentes. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros.

O nível de significância admitido foi de 5%.

## **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo é efetuada uma apresentação, análise, interpretação e discussão dos resultados no estudo qualitativo e no estudo quantitativo.

No estudo qualitativo, numa primeira parte, é efetuada a caracterização das 35 participantes e uma análise detalhada dos discursos, dos quais emergiram duas estruturas essenciais: as vivências maternas na transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia e as vivências maternas na transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia. Por último, finalizamos com a discussão dos resultados.

No que diz respeito ao estudo quantitativo, apresentamos o estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da *EapSM*, a estatística descritiva e inferencial da nossa investigação, finalizando com a respectiva discussão dos resultados.

### **1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO**

#### **1.1. Caracterização das participantes**

Fizeram parte deste primeiro estudo 35 grávidas, tendo sido aplicadas entrevistas ao mesmo grupo, no terceiro trimestre de gravidez, entre as 35 semanas e as 41 semanas de gestação e no sexto mês após o parto. O nosso grupo de participantes tem idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos de idade, verificando-se uma maior incidência do primeiro filho entre os 35 e os 39 anos com um total de 22 participantes. Apenas uma pequena minoria, com um total de 13 participantes da nossa amostra, se insere na faixa etária entre os 40 e os 45 anos de idade.

No que diz respeito à área de residência, verificamos que 5 participantes habitam na aldeia, 9 na vila e 21 na cidade. Relativamente ao estado civil, existe uma maior representatividade nas uniões de facto com 17 participantes.

Relativamente há duração do relacionamento, verifica-se uma maior representatividade entre 1 e 4 anos com um total de 16 participantes, apresentando menor representatividade, os relacionamentos entre os 13 e os 16 anos com 2 participantes.

Relativamente às habilitações literárias, foram criadas categorias, tendo em consideração o grau de escolaridade atingido, nomeadamente, Ensino Superior (Licenciatura, Pós-Graduação, Mestrado e Doutoramento), Ensino Médio (Cursos médios, Tecnológicos e Bacharelato), Ensino Secundário (do 9º ao 12º ano) e Ensino Básico (até ao 9º de escolaridade). Sendo assim, constatamos que, 26 participantes têm o grau de escolaridade correspondente ao Ensino Superior, 1 ao Ensino Médio, 5 ao Ensino Secundário e 3 ao Ensino Básico. No que diz respeito à atividade profissional das nossas participantes, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, o grupo profissional que assume maior representatividade com 17 participantes, corresponde ao Grupo 2 Especialistas das atividades intelectuais e científicas. Os restantes participantes distribuem-se pelos restantes grupos profissionais, nomeadamente, o grupo 3 com 7 participantes, o grupo 5 com 5 participantes, o grupo 1 e grupo 4 com 2 participantes e o grupo 7 e grupo 10 apenas com 1 participante.

Seguidamente apresentamos de forma esquematizada, os dados relativos à caracterização das participantes do nosso estudo.

**Quadro 3.** Caracterização das participantes do estudo qualitativo ( $N = 35$ )

Idade		Estado Civil		Residência		Profissão		Habilitações		Duração do relacionamento	
[35-39 A]	22	Solteira	3	Aldeia	5	Grupo 1	2	Ensino Básico	3	[1-4 A]	16
[40-45 A]	13	Casada	15	Vila	9	Grupo 2	17	Ensino Secundário	5	[5-8 A]	9
		União facto	17	Cidade	21	Grupo 3	7	Ensino Médio	1	[9-12 A]	8
						Grupo 4	2	Ensino Superior	26	[13-16 A]	2
						Grupo 5	5				
						Grupo 7	1				
						Grupo 10	1				



## 1.2. Vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em mães em idade reprodutiva tardia

A apresentação, descrição e análise dos dados serão apresentados seguidamente segundo a fenomenologia de Giorgi (1985,1997), tendo em conta os objetivos e as questões orientadoras do nosso estudo. Neste contexto procedemos assim, à transformação das unidades de significado percecionando o significado da redução fenomenológica e da variação imaginativa, sendo fundamental na identificação das estruturas essenciais do fenómeno. Na análise do discurso das nossas participantes durante a gravidez, surgiu como estrutura essencial as vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia, emergindo os seguintes contextos: transição para a parentalidade e a consciencialização/ interiorização do papel materno; transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais; transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade; transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal e transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos.

**Quadro 4.** Estrutura 1 relativa às vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia

Estrutura 1
Nas vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia, no contexto da consciencialização/interiorização do papel materno, a grávida vive e experiencia este momento intensamente, verificando-se uma ambivalência de sentimentos, próprios deste período. Os sentimentos positivos que mais se destacaram foram a alegria, o amor e a felicidade e como sentimentos negativos, salientaram o receio da doença e perda do feto, a existência de malformações, o medo do parto e a ansiedade. Muitas vezes a ansiedade é incutida pelos profissionais de saúde pelo fator idade, incentivando a realização da amniocentese, agravando assim o estado de ansiedade na grávida. A gravidez e a preparação para o parto e parentalidade são importantes na preparação para o papel de mãe, sendo sem dúvida, uma fase onde se verificam inúmeras alterações físicas e psicológicas, sendo considerado crucial na consciencialização e interiorização do papel materno.

Relativamente ao contexto dos determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade, sabemos que atualmente existe dificuldade em conquistar independência económica e estabilidade profissional, existindo uma dedicação total ao percurso académico, sendo favorecido o isolamento social dificultando a procura pelo par ideal, tudo isto aliado ao facto de não estar preparada psicologicamente, leva ao adiamento da maternidade, verificando-se uma dificuldade acrescida em engravidar numa fase mais avançada do ciclo reprodutivo. As nossas participantes apontam o determinante social como o principal na decisão do adiamento da maternidade, sendo um fenómeno cada vez mais presente na nossa sociedade.

No contexto do benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade foi referido pelas participantes que a aquisição de conhecimentos, nem sempre é adequada às necessidades sentidas. O envolvimento do pai, nos cursos de preparação para o parto e parentalidade e posteriormente, a sua presença no parto, é considerado como o principal suporte nesta fase. As nossas participantes consideram a frequência no curso de preparação para o parto e parentalidade benéfica, assumindo que a informação transmitida por parte dos profissionais de saúde, assume especial destaque na transição para a parentalidade.

Quanto ao contexto da relação conjugal, as participantes destacaram que as alterações resultantes da gravidez implicam algumas alterações no relacionamento conjugal. Inicia-se a partilha das tarefas domésticas, verifica-se também a modificação no relacionamento e a diminuição do tempo para o casal com os preparativos para o nascimento.

Por último, na relação do contexto social família alargada e amigos, as participantes mencionam existir mudanças no convívio social, existindo uma diminuição no convívio com os amigos durante a gravidez. Referem ainda que, o suporte familiar é considerado nesta fase crucial, recorrendo na sua ausência ao apoio de amigos e vizinhos.

### 1.2.1. Transição para a parentalidade e a consciencialização/ interiorização do papel materno

A gravidez é acompanhada de uma ambivalência de sentimentos que são próprios de um processo de ajustamento.

A mulher grávida experiencia sentimentos e emoções durante a gravidez, que decorre da

sua própria vivência e experiência, tendo uma repercussão direta na transição para a parentalidade e ajustamento ao papel materno.

- **Vivência e experiência da gravidez**

A vivência e a experiência da gravidez estão envoltas num misto de emoções e sensações. Algumas das participantes destacam como experiência marcante o facto de sentir os movimentos do feto dentro do seu próprio corpo, vivendo a gravidez intensamente registando todos os momentos.

*“É uma experiência bastante positiva que me está a possibilitar vivenciar e descobrir novas sensações e emoções. Por exemplo, é maravilhoso sentir pela primeira vez o bebé a mexer, vê-lo na ecografia, ouvir o seu coração a palpar...acho que não dá para descrever...acho que nos marca para sempre, sentir que temos um bebé a crescer dentro de nós é maravilhoso.” G6*

*“É uma experiência muito boa; gratificante no sentido de ser mulher, acho que vai permitir-me amadurecer, penso que é uma passagem única e maravilhosa na vida, está a dar um novo sentido à minha vida.” G14*

*“A gravidez é uma experiência a 100%, claro que estou a viver este momento com todos os cuidados e aproveitamento passo a passo esta experiência maravilhosa, tenho registado tudo, para não me esquecer de nada. Ter um filho era um desejo nosso, desde sempre, é muito bom estamos muito felizes.” G16*

*“A gravidez está a ser vivida de uma forma muito intensa, de tal forma que estou a fazer um diário da minha gravidez para conseguir recordar este momento para sempre.” G17*

*“Se por um lado a gravidez faz parte da condição feminina e é natural que assim seja, por outro não deixa de ser uma experiência fantástica, quase inacreditável, vivida sempre de um modo muito pessoal e único. A gravidez e a maternidade fazem despertar instintos que, mesmo tendo noção que eles existem, só são verdadeiramente vividos passando por esta experiência.” G18*

O significado da gravidez não é o mesmo para todas as mulheres, e é um facto que a vivência ou experiência que a mulher adquire na gravidez, depende do significado que

lhe é atribuído, sendo evidenciado o facto de ser mãe como o concretizar de um sonho, atingindo assim a própria realização pessoal.

*“Vejo a gravidez como um momento único na minha vida que me tornou mais forte e me fez sentir mais realizada como mulher. Para mim, a gravidez é sinónimo de realização pessoal.” G6*

*“É a realização plena enquanto mulher. Esta é uma nova etapa da minha vida, sinto-me completa. É a realização de um sonho que tinha já alguns anos.” G13*

*“Vejo a gravidez como a realização de um sonho que desejava muito (...), portanto é um momento de concretização de um momento especial e importante para nós.” G7*

*“Penso que a gravidez e a possibilidade de ser mãe me completa, daí o ditado dizer que a vida culmina com a escrita de um livro, a plantação de uma árvore e o nascimento de um filho ou seja tudo o que perdura no tempo, concluindo está a ser uma conquista na minha vida.” G24*

*“Enquanto mulher é enriquecedor, só consegue perceber o seu verdadeiro significado quem vive essa experiência. Posso afirmar com toda a certeza que eu e o meu marido nos sentimos realizados.” G25*

As nossas participantes referem ainda que a gravidez também é vivida de forma intensa com a família, sendo estes intervenientes ativos na vivência da gravidez e partilha de experiências e emoções que envolvem todos os elementos da família.

*“Estou a viver a gravidez com a minha família de uma forma muito boa, estou a ser muito mimada, acarinhada e recebo elogios todos os dias da minha família, todos eles estão a viver a minha gravidez com grande entusiasmo.” G14*

*“Recebi um forte apoio para falar e partilhar experiências. Foi uma gravidez bem acolhida por toda a família e todas aquelas que já passaram pela experiência (mãe, primas, cunhadas, tias) puderam, de forma positiva, dar o seu contributo para dissipar dúvidas ou angústias.” G18*

*“No meu contexto familiar a minha gravidez foi vivida com muita alegria e ansiedade por conhecer o novo membro da família, tive ainda todo o apoio por parte da família e ainda*

*tive o prazer de partilhar a experiência da gravidez com a minha cunhada e algumas primas, que foram mães há pouco tempo.” G20*

*“Tenho primas que encaram a gravidez de uma forma muito semelhante à minha. Sem sobressaltos. Elas também me tranquilizaram neste sentido.” G21*

- **Sentimentos da gravidez**

A mulher grávida vivencia vários sentimentos, emoções e pensamentos durante a gravidez, sendo muitas vezes um período marcado pela ambivalência constante. Neste sentido, decidimos separar sentimentos negativos e sentimentos positivos, para facilitar uma melhor interpretação dos sentimentos das nossas entrevistadas.

No que diz respeito aos sentimentos positivos, as nossas participantes destacaram a alegria e a felicidade relativamente à gravidez.

*“Estou a viver a gravidez com muita alegria, mas ao mesmo tempo, com muita calma, para aproveitar ao máximo cada momento, é uma experiência única!” G3*

*“Sinto muita alegria e felicidade por todas as etapas de desenvolvimento da gravidez. Está a ser um momento vivido e partilhado a dois. Estou a encarar tudo isto, como um momento único na minha vida.” G18*

*“É uma experiência maravilhosa, um momento muito feliz nas nossas vidas. Penso que só passando pela gravidez é que se sabe descodificar os sentimentos e ao mesmo tempo saber o que é estar grávida.” G24*

*“A gravidez está a decorrer de forma tranquila e da melhor forma possível. É uma experiência muito positiva a todos os níveis. A gravidez está a ser muito positiva na minha vida e é um momento muito esperado.” G30*

Outro dos sentimentos descritos, pelas nossas entrevistadas é a curiosidade de ver o filho, isto é, o confronto entre o “filho imaginado e o filho real”.

*“É indiscreto...a gravidez está a correr muito bem e estou sempre de bom humor,*

*parece que é tudo mágico existem muitos sentimentos à mistura e a agora já só tenho curiosidade de conhecer a minha bebé.” G5*

*“Estamos a viver este momento com muita alegria e muita curiosidade de o conhecer. Ando quase sempre nas nuvens, só penso como ele vai ser, quando é que chega o momento de o ver (...).” G8*

*“Eu e o meu marido estamos muito felizes, é um filho muito desejado, estou a viver a gravidez com muita felicidade pois foi bastante desejada. Estamos com muita vontade de ver o bebé o mais rápido possível.” G15*

*“É difícil explicar o que se sente... mas sentirmos a mexer uma vida dentro de nós... é muito bom, quando ele mexe fico logo com vontade de o ver, acho que ficamos curiosos para ver com quem é mais parecido.” G23*

As grávidas entrevistadas, referiram como sentimentos negativos o receio da doença e perda do feto, a existência de malformações e o medo do parto como sentimentos mais evidenciados.

*“O meu maior medo é que algo não esteja bem com o meu bebé, ou que algo corra mal durante parto.” G2*

*“No início o principal receio que tive era que a gravidez não fosse bem- sucedida, agora o meu maior receio é que o bebé tenha algum problema grave de saúde e não dar para ver nas ecografias.” G3*

*“Tenho receio de não saber responder adequadamente às necessidades da minha filha, de falhar enquanto mãe, de a minha bebé não ser saudável, medo de ficar longas horas em trabalho de parto, de ter um parto difícil e com isto causar sofrimento à minha bebé.” G4*

*“Embora muito desejada é um tempo de muitas angústias. Era bom que alguém nos garantisse a 100%, logo desde o início que o nosso filho ia ser 100% perfeito, que não tivesse nenhum problema e que fosse perfeitoinho.” G8*

*“O meu principal medo é que o bebé tenha algum problema, mas à medida que se aproxima o final da gravidez, também me preocupa muito como vai correr o meu parto.”*

G13

As nossas grávidas referiram ainda, que existe um aumento da ansiedade provocado pelos profissionais de saúde, isto é, muitos incutem este sentimento à grávida referindo ser a após os 35 anos que existem uma maior incidência dos riscos durante a gravidez, aumentando assim a ansiedade, medos e receios.

*“Passei por vários estados de espírito durante a gravidez. Inicialmente senti aqueles receios, julgo que comuns a todas as grávidas, sobretudo com a minha idade, mas o meu médico disse-me que com esta idade tínhamos que ter cuidados redobrados. Os receios só foram ultrapassados quando tive a certeza que estava tudo bem com o meu bebé através das ecografias.”* G2

*“Inicialmente tive medo de perder o bebé, porque diziam que quanto mais anos temos a probabilidade de termos abortos e filhos deficientes é maior! Depois veio o medo de fazer exames e descobrir algum problema (...) enquanto esperei pelo resultado da amniocentese foi um bocadinho angustiante. Agora é o receio de que o parto não corra bem e as dores do trabalho de parto.”* G6

*“Vivi a gravidez com muita felicidade, pois foi bastante desejada mas também com alguma angústia, ansiedade e medo, porque diziam que eu já tinha uma idade avançada para ser mãe.”* G13

*“Penso que tive medos e receios comuns à maioria das mulheres nesta situação, isto é na minha idade, o meu médico disse depois dos 35 anos temos que estar mais atentas, acho que fiquei mais ansiosa... depois é o receio inicial em relação à gravidez, como irá decorrer, em relação ao bebé, se estaria tudo bem, se sofreria de alguma deficiência, o que para mim foi o principal medo e o que me deixou mais ansiosa. Com o decorrer da gravidez e o bom resultado dos exames, foram desaparecendo esses receios. Agora é o medo do parto...”* G25

*“Estou um pouco ansiosa, pois já tive um aborto e tenho a noção da possibilidade de complicações que uma gravidez tardia acarreta, na consulta disseram que já tenho 40 anos e explicaram-me que corro um risco maior durante a gravidez...por isso, tenho*

*muito cuidado!” G28*

- **Sentir-se preparada para ser mãe**

Uma grande parte das nossas entrevistadas refere que a opção de ser mãe em idade tardia, apresenta maiores benefícios, visto que têm uma vida mais estável, estão mais preparadas para assumirem o papel de mãe e encaram a maternidade com maturidade e de uma forma mais responsável.

*“Estou a encarar a gravidez de uma forma mais descansada e com muita responsabilidade. Tenho uma vida mais organizada e estável diferente, daquela que teria se opta-se mais cedo pela maternidade.” G6*

*“Acho que nesta idade já tenho que estar preparada para ser mãe, por isso eu e o meu marido decidimos esperar até agora, temos sempre algum receio, mas com esta idade é diferente, acho que encaramos a vida e a chegada de um filho de maneira diferente, de forma responsável e com mais maturidade.” G15*

*“Estou preparada para ser mãe e para assumir a responsabilidade que implica ser mãe, mesmo com todas as dúvidas e desafios que o futuro anuncia, considero que chegou o momento de desempenhar esse papel tão importante e determinante para o resto da minha/nossas vida(s).” G31*

*“Agora é que acho que estou preparada para ser mãe. Tenho a certeza que foi na idade certa e de acordo com as prioridades que desde sempre estabeleci para minha vida. Com 35 anos, hoje olho para trás e posso dizer que gozei a minha juventude da melhor forma e investi na minha carreira profissional, o que me permite ser hoje uma mãe com outro nível de maturidade e muito mais tranquila e mais responsável, acho que temos outra consciência.” G35*

- **A gravidez e a preparação para o parto e parentalidade como fases da transição do papel parental**

As nossas entrevistadas consideram que a gravidez e a preparação para o parto e parentalidade são fases cruciais na transição do papel parental, permitindo esta fase uma consciencialização progressiva na sua adaptação ao papel de mãe.



*“Agora é percorrer uma nova fase de aprendizagem e é outro desafio, que tem que ser levado com calma, estamos em fase de preparação para sermos pais.” G2*

*“A gravidez está a ser uma experiência muito positiva, foi uma grande descoberta e uma grande caminhada para mim e para o meu marido, partilhamos momentos e experiências únicas, só assim ficamos mais preparados para o futuro.” G13*

*“Acho que isto é por etapas, primeiro preparamo-nos para a gravidez, depois para o parto e depois para sermos pais, não conseguimos pensar em tudo ao mesmo tempo.” G30*

*“Acho que é com a gravidez, que começamos a tomar consciência que brevemente vamos ser pais, depois é tudo muito progressivo, vemos as semanas de gravidez a passar a barriga a crescer e agora já começamos a pensar na preparação para o dia do parto.” G33*

- **Alterações e desconfortos na gravidez**

As alterações hormonais durante a gravidez provocam transformações a todos os níveis, além das mudanças físicas ocorrem também mudanças emocionais, fazendo com que a grávida fique mais sensível.

Algumas entrevistadas referiram que, por vezes, sem motivo aparente, choram e têm crises de ansiedade e toda esta instabilidade emocional é uma resposta natural ao aumento dos níveis de hormonas, que provocam estas mudanças súbitas de humor.

Constatamos na realização das entrevistas que nem todas as participantes partilham da mesma opinião, mas uma grande maioria, refere alterações significativas, não encarando da melhor forma as mudanças intrínsecas ao estado gravídico.

*“Existem muitas modificações a todos os níveis quer físicos quer psicológicos, acontece tudo ao mesmo tempo... afeta a nossa vida e modifica-a para sempre. Mas os enjoos e ver o nosso corpo a mudar... não é fácil, depois ficamos um pouco fragilizadas com tudo, às vezes quando dou por mim estou a chorar.” G7*

*“Na gravidez estou a ter muitos enjoos e muita azia, acho que é mesmo o piorzinho, também acho que estou um bocadinho gorda, mas eu penso sempre que é por uma boa causa, depois vou tentar controlar a parte do peso.” G16*

*“Bom a gravidez não é como as pessoas dizem um “estado de graça”... as alterações quer a nível físico quer a nível psicológico são imensas! Depois é ver que estamos a engordar, os vômitos, o nosso corpo a mudar cada dia que passa ...” G19*

*“Nunca tive os comuns enjoos matinais nem vômitos, apenas insónias e algumas câibras nos dois últimos meses, mas também noto que estou muito sensível choro por tudo e por nada.” G27*

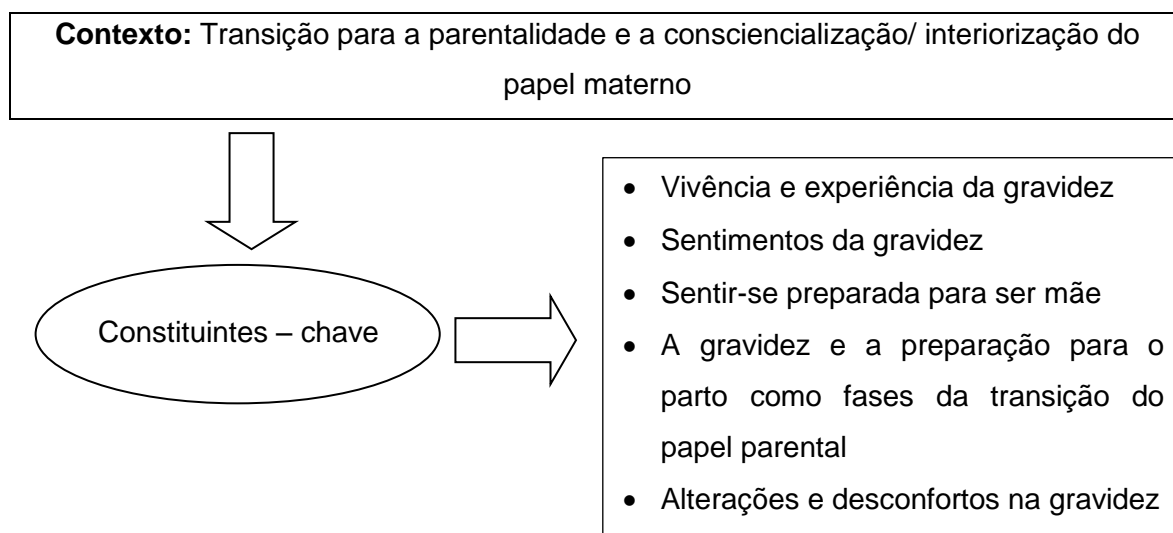
Uma pequena minoria das nossas entrevistadas referiram também, não terem constatado nenhum tipo de alterações nem modificações durante a gravidez, afirmando que por vezes se esqueciam que estavam grávidas.

*“Está a ser tudo muito gradual e a correr muito bem não tive enjoos, nem vômitos, nunca dormi mal, enfim parece que não estou grávida.” G5*

*“Atendendo a ausência de efeitos comuns secundários e aumento de peso muito controlado (9 Kg), a gravidez pouco alterou o meu dia-a-dia até aos 8 meses, portanto a gravidez decorreu da forma mais normal possível.” G21*

*“A gravidez está a ser muito serena, não tive qualquer sintoma indesejado (vômitos, enjoos, dores, etc.). Por vezes nem me lembro que estou grávida. Está a ser tudo muito bom.” G30*

**Esquema 1.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e a consciencialização/ interiorização do papel materno.



### 1.2.2. Transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade

Atualmente são várias as razões pelas quais existe um adiamento da maternidade. Salientamos que, atualmente existe dificuldade em conquistar a independência económica e estabilidade profissional e quando é alcançada, vive-se de uma forma intensa. Por sua vez, existe uma dedicação total ao percurso académico, manifestando-se em carreiras exigentes e vidas atribuladas em troca de estabilidade a todos os níveis. Estes motivos são favoráveis ao isolamento social, sendo difícil encontrar o companheiro certo para constituir uma família, tudo isto, aliado ao facto de não estarem preparadas psicologicamente, reflete-se na dificuldade em engravidar numa fase mais avançada do ciclo reprodutivo. Todos estes determinantes inerentes à nossa sociedade atual, levam ao adiamento da maternidade.

- **Determinante Biológico**

Relativamente ao ciclo reprodutivo da mulher, sabemos que o adiamento da gravidez, implica o declínio da fertilidade, e por vezes, independentemente dos avanços da medicina, surgem problemas na conceção de um novo ser, direcionando o casal para os tratamentos de fertilidade.

*“A gravidez foi mais que planeada e mais que desejada, mesmo muito, muito desejada. Já andava a tentar a alguns anos, depois deixei de tomar a pílula mas não fiquei logo grávida, as duas gravidezes ectópicas foram há 6 anos. E agora como já tenho 40 anos este era o último tratamento... e pronto felizmente engravidei.” G1*

*“Optamos pela gravidez nesta fase das nossas vidas por achar que era a altura certa e, ou seria neste momento ou então não seria mais, a idade também não ajuda (dizem os médicos), também se adiasse mais depois podia não conseguir.” G7*

*“Eu e o meu marido já estávamos a tentar há 4 anos e fomos encaminhados para a consulta de infertilidade, fizemos os tratamentos da primeira linha os mais básicos. No ano passado em Fevereiro fizemos mais tratamentos e depois sem estar à espera engravidei em Junho, mas o próximo tratamento era em Setembro.” G10*

*“Foi nesta idade porque não conseguimos antes, também já casamos tarde, depois fiz muitos tratamentos que não resultaram e tivemos que ir para uma clinica privada e fazer outros tratamentos, que graças a Deus resultaram à primeira.” G13*

*“Bom já tenho 42 anos...não foi uma gravidez planeada, porque há muitos anos que tentava ser mãe e nunca fui bem-sucedida, devido a alguns problemas da minha parte, fiz alguns tratamentos e entretanto aconteceu e foi um momento muito feliz, porque era algo que achava que já não ia acontecer na minha vida.” G20*

- **Determinante Psicológico**

A decisão da gravidez está diretamente relacionada com a preparação prévia do casal a nível psicológico.

Nesta etapa, o casal vê a gravidez como um projeto de vida, sendo uma situação bem pensada e delineada por ambos, encontrando o momento em que estão preparados psicologicamente para assumirem o papel de pais.

*“Adiei porque achamos que ainda não estava na altura nós sempre gostamos de sair conviver não ter planos, talvez seja uma visão um bocado egoísta mas foi como sempre fizemos. Depois a gravidez era uma situação desejada mas não era altamente desejada, pensava como hipótese e quando decidimos foi com muita calma e descontração.” G16*

*“Tem que ser o casal a decidir, com vontade e amor que temos para dar e ter consciência que chegou a hora de sermos pais e de reunir todas as condições para isso. Agora já estou mais preparada a nível psicológico para ser mãe.” G23*

*“A decisão ocorreu porque deixei de pensar que o dia de amanhã seria melhor do que o de hoje. Além disso, não sei se podemos chamar de egoísmo, mas existiam algumas coisas que queríamos fazer antes da chegada de um filho.” G24*

*“Acho que é uma decisão muito importante e eu e o meu marido ainda não estávamos preparados mais cedo, portanto foi só agora é que decidimos, já falávamos em sermos pais a algum tempo mas primeiro tivemos que nos preparar, é uma decisão que implica muitas mudanças nas nossas vidas, portanto foi uma situação muito bem pensada.” G27*

*“Sinceramente nunca pensei em ser mãe mais cedo, queria aproveitar a vida primeiro, e*

*depois também não estava preparada a nível psicológico, acho que primeiro temos que amadurecer a ideia, e depois vem a decisão definitiva, para sempre e para toda a vida. Eu acho muito importante estar preparado a todos os níveis para o acontecimento mais importante das nossas vidas.” G34*

- **Determinante Social**

No contexto atual da nossa sociedade, as mulheres apostam cada vez mais numa carreira académica e profissional, de forma a adquirir independência económica, adiando assim a maternidade.

Existe também um incentivo crescente à profissionalização da mulher que leva ao investimento na sua carreira profissional, verificando-se assim, uma dificuldade em conciliar a maternidade e a realização pessoal. Constatamos que as nossas entrevistadas referem que a procura do par ideal e o receio da perda de independência levam ao adiamento da decisão de serem pais.

*“A decisão de sermos pais só agora, foi sem dúvida, pela situação académica e a estabilidade profissional e financeira, hoje em dia é muito importante e na fase em que nós estamos, temos que ponderar muito bem. O contexto económico não podia ser pior! (...).” G12*

*“Há muito que queríamos ter um bebé e por várias razões (agora consideradas menores) foi sempre adiado. Anteriormente, não tinha uma vida profissional estável, tal como o meu marido, por isso, não podíamos pensar num filho. Agora com 35 anos e com a vida profissional e pessoal mais do que estabilizada, surgiu o momento de tentarmos e pronto conseguimos.” G18*

*“Enquanto fiquei longe de casa não pensei em ter filhos isso seria complicado. Esse facto pesou muito na minha decisão de engravidar (...) Entretanto como a situação profissional mudou e fiquei mais perto de casa, chegou a altura de decidir e pronto daqui a algum tempo já vou ser mãe.” G35*

No discurso das participantes é evidenciado o adiamento da maternidade, devido à

“procura do par ideal”, o casamento acontece mais tarde e a decisão de serem pais é prolongada até encontrarem o momento certo.

*“O facto de não encontrar a pessoa certa para ser o pai do meu filho, andar demasiado ocupada a nível profissional, não ter condições necessárias para o criar, levou-me a deixar a vida pessoal um pouco de parte...” G6*

*“A vida quase sempre toma as decisões por nós. Casar cada vez mais tarde por vezes atrasa a maternidade e eu não encontrei a pessoa certa mais cedo...e agora achamos que tinha chegado a altura de sermos Papás!” G8*

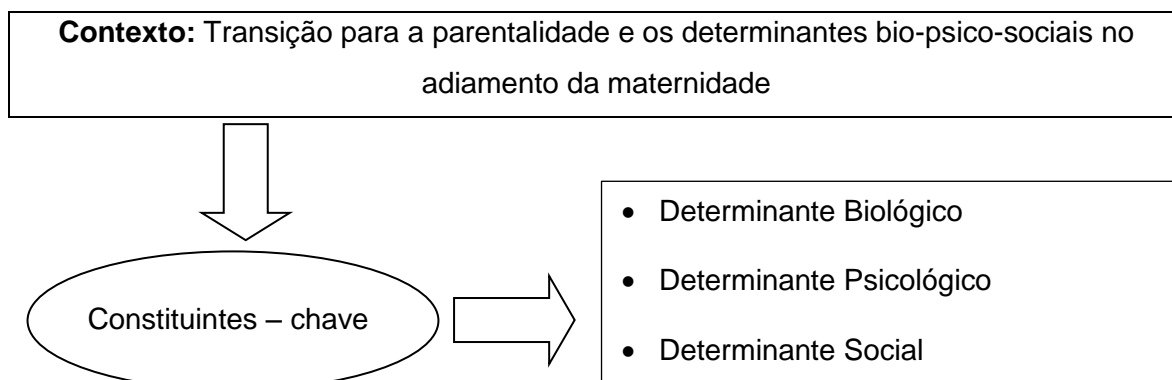
*“Só agora é que tenho uma relação mais estável, o que faz toda a diferença na decisão para sermos pais. A gravidez para mim, também só faz sentido quando estão reunidas todas as condições para tal. Neste sentido, é uma gravidez completamente planeada e desejada, com a pessoa certa, no momento em que já atingi um nível de estabilidade profissional tal, que o aumento do agregado familiar não interfere na minha qualidade de vida e me permitirá proporcionar um bom acompanhamento das necessidades da minha filha.” G21*

As participantes referem ainda o receio da perda de independência, apostando na vivência da vida a dois, referindo também a dificuldade em gerir a tarefa de ser mãe com as outras tarefas diárias.

*“No fundo também se proporcionou, e tínhamos um certo receio com a chegada de um bebé de perder ou comprometer a nossa liberdade...depois também nunca pensei assim a fundo nesta questão, não sentia vontade ou não estava preparada, casei mais tarde também, aproveitei a vida com o meu marido até não querer mais e resolvermos assentar e agora chegou o momento.” G2*

*“Decidimos ser pais agora por uma questão de comodidade, queria gozar a minha vida antes de ser mãe, namorar com o meu marido, viver outras experiências, apostar na parte profissional, os estudos... e essa parte não comportava ser mãe ao mesmo tempo que desempenhava outras tarefas.” G15*

**Esquema 2.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade.



### 1.2.3. Transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade são benéficos para estabelecer uma transição segura para a parentalidade. Salientamos que o envolvimento de uma pessoa significativa e a informação transmitida durante o curso, são essenciais, na identificação de necessidades, permitindo uma atuação eficaz neste grupo específico.

- **Aquisição de conhecimentos**

Os conhecimentos que são adquiridos nos cursos de preparação para o parto e parentalidade são importantes para a preparação do casal, permitindo que estes tenham um papel mais ativo na gravidez, parto e pós-parto, vivendo de forma tranquila um dos melhores momentos da vida do casal. Com o apoio e a formação fornecida nestes cursos, os profissionais contribuem para o aumento do bem-estar da mulher, diminuindo a ansiedade e o medo, aumentando a autoconfiança, proporcionando ao casal o desenvolvimento de capacidades e habilidades para cuidarem do filho.

*“Estes cursos são importantes, principalmente para quem é mãe pela primeira vez. Os conhecimentos que se adquirem, as questões que se levantam, a partilha de experiências e de dúvidas entre os participantes estão a permitir o nosso esclarecimento*

*enquanto casal, permitindo ficar mais tranquilo em relação a tudo.” G2*

*“Acho que o que ensinam no curso, é uma preparação para uma grande parte de coisas que me vai acontecer, agora sinto-me mais confiante.” G16*

*“Na minha perspectiva, estes cursos quando bem orientados e organizados, revelam-se vantajosos e enriquecedores para todas as futuras mães, já que são várias as angústias e dúvidas que afloram sistematicamente ao meu pensamento e nada como estes cursos para ajudar a não ter medo.” G24*

*“Frequentar este curso revelou-se uma mais valia para mim, dado que não possuía conhecimentos suficientes para saber lidar com várias situações e dúvidas, mas que entretanto foram esclarecidas.” G26*

Algumas das nossas participantes referem, que o conhecimento é considerado crucial no processo da maternidade, embora o que se verifica, é que este conhecimento nem sempre é adquirido da melhor forma e em quantidades adequadas às necessidades, considerando que existe um excesso de informação nos cursos, tornando-se confuso, sendo importante filtrar ou seleccionar a informação adquirida.

*“Não sei explicar muito bem, é assim, são feitos ensinamentos nos cursos mas não ficamos a saber tudo e eu acho que não é suficiente, por vezes até é confuso..., por mais que esteja com atenção não é fácil aprender tudo.” G1*

*“Eu sei que o que nos ensinam nos cursos é tudo importante, mas não é suficiente. Depois acho que deviam fazer uma seleção do que ensinam no curso, é que chega a um ponto que ficamos baralhados.” G5*

*“Gosto muito de ir ao curso, aprende-se muito, mas acho que às vezes ensinam coisas demais, chego a pensar que não é suficiente para o que eu realmente sinto falta de apreender.” G22*

*“Confesso que existe muita informação sobre a gravidez... livros, revistas, filmes e as amigas que já foram mães. Eu sei que esta informação talvez não seja a melhor...mas fica sempre alguma coisa, depois vamos ao curso e somos bombardeadas com mais informação, é impossível não ficar confuso.” G24*



- **Presença e envolvimento do pai**

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade auxiliam na adaptação e preparação do pai ao seu novo papel em relação ao recém-nascido e à sua família. Neste contexto, as nossas participantes manifestam que se sentem mais seguras e menos ansiosas com a presença do pai durante o curso, transmitindo-lhe segurança necessária nesta longa caminhada da maternidade.

*“Considero que a maternidade deve ser vivida a dois. Logo o pai, tem que estar desde cedo integrado em todas as funções e os cursos ajudam neste sentido. O curso faz com que o pai esteja consciente de que deve apoiar a mãe durante a gravidez, parto e pós-parto.” G4*

*“Acho este tipo de curso importante e fundamental, influenciando positivamente a presença do pai na sala de partos, agora o meu marido já não tem tanto receio de assistir e já está mais preparado e informado, até depois para o regresso a casa.” G15*

*“Penso que é muito, mas mesmo muito importante ter o meu companheiro no curso, porque incentiva-o a estar sempre presente, não só agora, como na altura do parto, este é um bom princípio que transmitem no curso. No curso incentivaram o meu companheiro a dar-me a mão e a estar sempre do meu lado, eu concordo que o pai também tenha que estar preparado para cuidar do bebé.” G17*

*“Acho que a participação do pai em qualquer das etapas da gravidez, parto e pós-parto é essencial, pois ele não só me apoia nas minhas tarefas, como também me transmite alguma calma neste momento importante que é para ser vivido a dois.” G29*

*“Saber que o nosso companheiro pode estar presente, ajuda a diminuir a insegurança e a ansiedade para os dois, além disso, acho importante o meu marido estar preparado.” G16*

Algumas das nossas participantes, referem que no contexto atual da nossa sociedade assistimos a uma nova visão sobre o papel do pai comparativamente aos nossos antepassados, hoje em dia, o pai tem uma participação mais ativa no acompanhamento da mulher grávida, assumindo um papel mais equitativo nos cuidados, permitindo uma maior proximidade, fortalecendo a relação do casal.

*“É fundamental o pai estar presente e preparado. Agora já não é como no tempo dos nossos pais ou avós, que eram só as mães que cuidavam dos filhos e o pai olhava de*

*longe. Às vezes lembro-me da minha avó dizer que o meu avô só pegou na minha mãe quando ela tinha um ano! Incrível! (...) era a sociedade que tínhamos, agora ainda bem que não é assim, senão ia ser complicado...” G7*

*“As aulas clarificam e ajudam o pai a ter um papel mais ativo nesta etapa, da vida do bebé e também é incentivado a colocar dúvidas para ficar sempre esclarecido, felizmente a sociedade encara esta situação de uma forma muito positiva. No tempo dos meus pais, o homem não participava nesta preparação para o parto, porque a maternidade era uma tarefa exclusiva da mãe! Ainda bem que isto mudou, o pai tem que estar sempre envolvido em tudo, tem que aprender a dar valor. Eu acho que o meu marido vai ser um pai sempre presente.” G11*

*“No tempo dos nossos pais e avós o pai estava mais afastado, nos nossos dias a presença do pai é vista de forma diferente. O pai deve estar presente, assim pode partilhar comigo o crescimento e desenvolvimento do bebé na gravidez e aprende a cuidar do bebé quando nascer, para me apoiar e ajudar quando tiver alta do hospital.” G20*

- **Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na transição para a parentalidade**

A transição para a parentalidade é um processo complexo, sendo considerado um desafio de elevada responsabilidade. O conhecimento e a compreensão destas experiências são fundamentais, sendo da competência do EESMO, no curso de preparação para o parto e parentalidade, apoiar os pais neste processo de transição, responsável por uma das maiores alterações na vida do casal.

*“É assim, eu tinha uma ideia errada sobre os cursos de preparação para o parto, pensei que era uma coisa que não tinha grande interesse e estou a aprender muita coisa e ajuda a prepararmo-nos como pais no futuro.” G5*

*“O curso está a ajudar a aprofundar conhecimentos e a questionar ideias e informações que vamos tendo sobre a maternidade ao longo da vida, que nem sempre estão corretos, mas o curso está a preparar-nos sem dúvida para o grande momento.” G13*

*“Senti-me mais confiante em relação ao papel de mãe, e o meu marido também pensa o*

*mesmo, acho que ele está mais preparado para desempenhar o papel de pai, o curso está a ajudar-nos muito nesta etapa.” G17*

*“O que nos ensinam nestes cursos é importante, porque, dá não só à mãe como ao pai uma maior perceção da ‘nova vida’ que os esperam e dá para ficar mais preparado.” G26*

Uma grande parte das nossas entrevistadas referiu que o convívio com os outros pais durante o curso, foi muito positivo, pois partilhavam experiências, dúvidas e receios transmitindo-lhe, calma e segurança necessárias na transição para a parentalidade.

*“O convívio com outras grávidas no curso é importante, partilhamos experiências, sentimentos, falamos sobre as mudanças que ocorrem durante a gravidez e falamos sobre outros aspetos da maternidade, até dos mais banais (como compras), eu acho que é muito importante, uma vez que estamos a sentir e a viver as mesmas coisas.” G1*

*“É muito importante partilhar os conhecimentos e experiências entre grávidas. Só em grupo é que temos a oportunidade de falar sobre situações ou experiências que cada uma de nós tem sobre a gravidez, preparando-nos para esta longa caminhada.” G12*

*“É sempre bom estar com pessoas que se encontram na mesma situação que nós. Partilhar as experiências da gravidez é muito enriquecedor e dá-me muita força para enfrentar este grande desafio que é ser mãe.” G15*

*“O convívio com outras grávidas permite a troca de experiências e percebemos que muitos dos receios e ansiedades são comuns, o que me deixa mais tranquila, assim não fico com a sensação que só eu é que não sei.” G23*

*“O curso ajuda pelo convívio em si e pela partilha dos medos e ansiedades. Também pelos esclarecimentos de algumas grávidas que já foram mães anteriormente, dá para tirar algumas dúvidas, partilhar experiências enfim ficamos desde cedo preparadas para quando formos mães.” G28*

- **Transmissão da informação por parte dos profissionais**

Nos cursos de preparação para o parto e parentalidade o EESMO tem como principal

função estabelecer um programa de preparação dos futuros pais, tendo em vista o seu novo papel, assegurando a preparação para a gravidez, trabalho de parto, parto e parentalidade.

Neste sentido, uma grande parte das nossas participantes evidenciam a disponibilidade e o papel do EESMO no esclarecimento das dúvidas, embora uma pequena minoria foque de certa forma a indisponibilidade em geral dos profissionais, atribuindo como principal fator a idade e o nível de escolaridade elevado. Por último, realçam a preferência por um curso mais prático, realçando a necessidade de direcionar para os cuidados ao recém-nascido.

*“(...) a Enfermeira explica muita coisa, claro que ficamos sempre com mais conhecimentos, ela não quer que ninguém fique com dúvidas, até incentiva para fazermos perguntas.” G1*

*“Considero os cursos de preparação para o parto muito importantes, diria até fundamentais para quem vai ser mãe pela primeira vez. O curso permite colocar dúvidas, a Enfermeira está sempre disponível para prestar esclarecimentos.” G20*

*“Aconselho vivamente a todas as grávidas frequentar estes cursos, adorei fico bem esclarecida e está a ajudar-me muito. Tiro sempre as dúvidas, a Enfermeira tem sempre disponibilidade total, aprende-se muita coisa e ajuda sem dúvida a ver a gravidez de uma forma melhor e com menos ansiedade.” G28*

*“Estes cursos com profissionais especializados na área são bons, permite tirar todas as dúvidas, deixando-me mais tranquila para o momento do nascimento do bebé.” G30*

Para as nossas participantes o papel do EESMO no curso é importante não só para auxiliar a grávida na adaptação ao papel materno, como também no seu processo de transição para a parentalidade.

*“Os Enfermeiros no curso ajudam a interiorizar o papel de pais, principalmente, para quem não tem muito suporte familiar com experiência que possa ajudar, ficamos sem dúvida mais preparados com o que nos ensinam.” G13*

*“Sinto-me mais preparada para ser mãe agora que frequento este curso, o que aprendemos com a Enfermeira deu para aprofundar os conhecimentos que já tinha e*

*estou a aprender outros muito importantes.” G14*

*“Para mim nestes cursos as Enfermeiras Especialistas, ajudam a clarificar os cuidados a ter com o bebé e a interiorizar o papel de mãe.” G20*

*“Penso que numa primeira gravidez é essencial, porque nos ajuda a consciencializar o momento intenso que é a gravidez e o parto, e no fundo a interiorizar também o papel de mãe.”G21*

Algumas das nossas grávidas manifestaram falta de apoio por parte dos profissionais, atribuindo como causa principal o fator idade e o elevado grau de escolaridade, referindo que, a atenção dada pelos profissionais ao grupo não se faz de forma equitativa, deixando transparecer um certo desagrado pelo facto de se sentirem excluídas do grupo.

*“Em alguns momentos senti alguma falta de apoio para quem decide ser mãe mais tarde, como é o meu caso, talvez por pensarem que a idade deveria ser sinónimo de maior informação e preparação. Esquecem-se talvez que a teoria, nada é sem a prática, pois eu sinto-me uma menina de vinte anos. Tudo é novo para mim!” G7*

*“Não é por sermos pais com mais idade que já sabemos tudo, também precisamos de aprender, é a primeira vez que vamos ser pais, às vezes sinto-me um bocadinho à parte.”G21*

*“ (...) muitas vezes partem do princípio que eu como pessoa mais velha já sei...e não é verdade... a idade e a profissão que temos não quer dizer que sabemos tudo.” G23*

Relativamente aos testemunhos das nossas entrevistadas, uma grande parte, sugere uma aposta efetiva na vertente prática do curso de preparação para o parto e parentalidade, nomeadamente, nos cuidados ao recém-nascido.

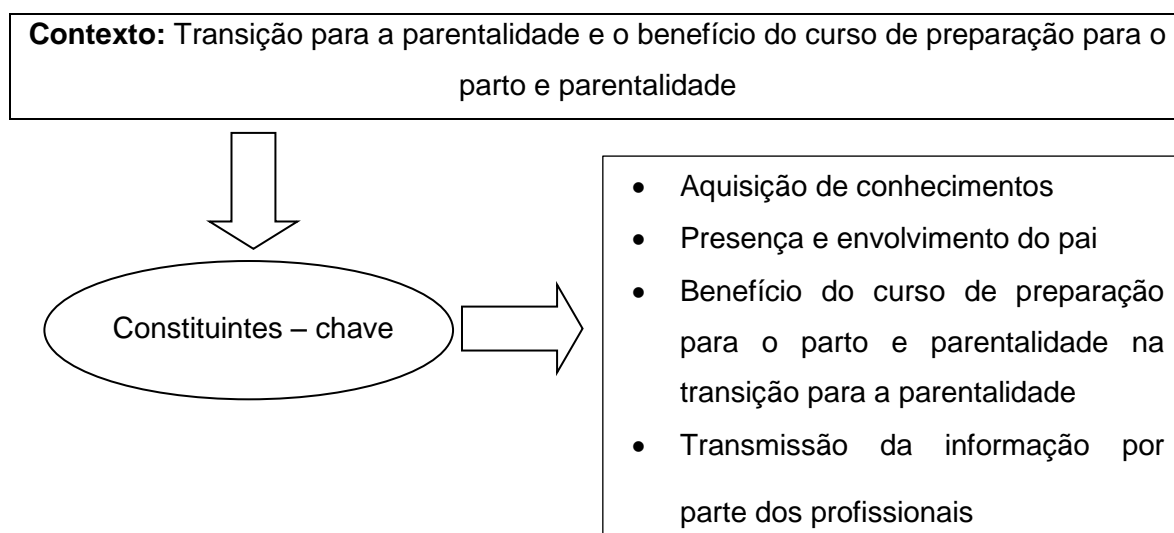
*“O curso é bom e ajuda, mas, acho que devia ser um curso mais prático em relação aos cuidados ao bebé, fazia falta... nem que fosse com um boneco, para exemplificar a mudar as fraldas, pegar no bebé, dar banho, essa parte foi mais teórica, mas devia ser mais prática.” G5*

*“Por exemplo a preparação para o parto está a ser mais prática, treinamos os vários tipos de respiração, mas os cuidados com o bebé é mais teórico. Ficava mais interessante se apostassem mais na prática em relação aos cuidados ao bebé.” G16*

*“Eu achei que existia muita informação, muita teoria e havia pouca prática, acho que deviam dar mais oportunidade para fazermos coisas, os cuidados ao bebé, o meu marido precisava de ter treinado por exemplo..., mudar fralda, dar banho, acho que insistiram muito nos exercícios de respiração, eu sei que é tudo importante mas devia ter sido mais prático.” G27*

*“Estes cursos são bons, mas deviam focar mais os cuidados ao bebé, às vezes acho que é muita teoria e esquecem-se da parte prática e nós pais temos que praticar antes, para quando o bebé nascer estarmos preparados.” G32*

**Esquema 3.** Representação esquemática da transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na gravidez.



#### 1.2.4. Transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal

Durante a gravidez ocorre um conjunto de alterações no relacionamento conjugal, nomeadamente, a nível da partilha das tarefas domésticas, modificação do relacionamento conjugal e diminuição do tempo para o casal, sendo estas as situações evidenciadas nos discursos das nossas participantes e que apresentamos seguidamente.

- **Partilha das tarefas domésticas**

A partilha das tarefas domésticas tem início na gravidez permitindo a preparação da chegada de um novo ser ao contexto familiar, possibilitando assim, uma adaptação progressiva no dia-a-dia do casal.

*“Estou a ser bastante apoiada pelo meu marido quer a nível psicológico quer no acompanhamento a consultas, ecografias e na realização de tarefas no sentido de me poupar esforços.” G6*

*“O meu marido ajuda em todos os trabalhos de casa, espero que quando o bebé nascer que continue a ajudar-me.” G15*

*“(...) depois que fiquei grávida, a verdade é que ele começou a ajudar mais, também comecei a incentivar a colaboração nas tarefas, porque estava a começar de ser difícil.” G22*

*“(...) tenho muito apoio do meu marido, ele sabe que é importante ajudar-me nas tarefas da casa, e agora assim com esta barriga ainda é pior, sinto-me um pouco cansada e ele ajuda-me bastante.” G 27*

*“(...) o facto do meu companheiro colaborar em todas as tarefas é gratificante para uma grávida e futura mamã. Assim sinto-me segura, é necessário sempre ajuda, agora nesta fase é preparar a roupinha do bebé, o quarto...”G33*

- **Modificação no relacionamento conjugal**

A gravidez é caracterizada por um conjunto de alterações e modificações que tem um impacto significativo no relacionamento conjugal do casal e que varia ao longo da gravidez.

*“Realmente nestes últimos meses está a ser mais complicado...a barriga não para de crescer, nos primeiros meses de gravidez foi mais fácil, agora ficamos mais inibidos.” G3*

*“Não sentimos alteração a nível do desejo, mantivemos sempre igual, mas a verdade é que ficamos sempre a pensar no bebé...acho que ficamos os dois constrangidos, agora nos últimos meses a atividade diminui um pouco.” G7*

*“Eu e o meu marido temos uma relação muito aberta, talvez tenha sido isto que ajudou durante a gravidez. Lemos em alguns livros e revistas que o desejo ia sendo diferente à medida que passavam os meses, mas nós não sentimos diferença, tivemos apenas que nos adaptar à situação.” G10*

*“Posso dizer que, encontramos formas de nos relacionar diferentes das que tínhamos anteriormente, mas mantemos a nossa intimidade, também falamos muito sobre o assunto, o que ajuda o nosso relacionamento enquanto casal.” G26*

- **Diminuição do tempo para o casal**

Durante a gravidez, o tempo começa a escassear, começam os preparativos para o nascimento implicando uma diminuição de tempo para o relacionamento do casal.

*“Depois de tudo preparado, à noite tentamos sempre deixar um tempo livre para nós e a verdade é que até agora conseguimos estar juntos no final do dia, de outra forma era impossível.” G17*

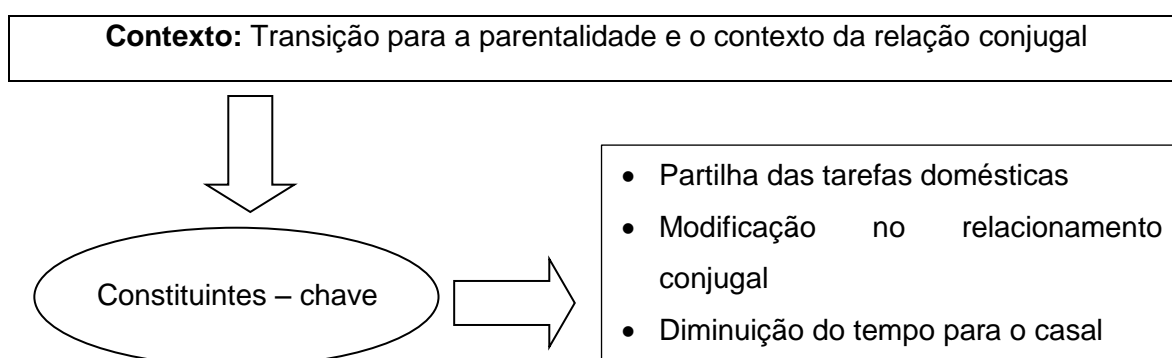
*“Acho que é uma questão de adaptação, temos que nos preparar progressivamente, mas neste momento ainda sobra um bocadinho para nós.” G23*

*“Bem às vezes estamos entretidos a preparar o quarto do nosso filho, as roupas enfim a organizar tudo que ate perdemos a noção do tempo e acabamos por ter pouco tempo só para nós.” G27*



*“A verdade é que eu acho que agora já não temos o tempo que tínhamos antes, mas, ainda conseguimos algum tempo para nós os dois. Quando a nossa filha nascer logo se verá.” G34*

**Esquema 4.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal na gravidez.



#### 1.2.5. Transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos

Para o casal é importante o convívio social, verificando-se na gravidez mudanças a este nível. As nossas participantes atribuem especial destaque ao suporte familiar, tal como, o apoio dos amigos e vizinhos.

- **Mudanças no convívio social**

O convívio é importante para o casal e de uma certa forma todos necessitamos de nos relacionar, a verdade é que começa já na gravidez a fase de preparação, o casal diminui o convívio social de outros tempos, não só pelos preparativos da chegada de um novo elemento à família, como também, pelo facto de se sentirem pouco à vontade, alterando um pouco a vida social enquanto casal, comprometendo a sua independência.

*“A maior parte dos meus amigos são pais e os filhos já são grandes, eles saem e convivem todos juntos. Depois que engravidei noto que temos saído menos... vai fazer-nos falta conviver com eles.” G10*

*“Confesso que sempre fui uma pessoa muito social, o meu marido nem por isso, mas acompanhava sempre, e agora nestes últimos meses, até nem me apetece sair...mas sinto falta dos amigos, de estarmos juntos, claro que quando o bebé nascer ainda vai ser pior, pois não vamos sair à noite com o bebé, e os meus amigos têm mais disponibilidade à noite.” G21*

*“Realmente a vida muda um bocado...e agora grávida não me apetece sair muito à noite, a verdade é que sempre saímos com os nossos amigos e agora custa-nos um pouco..., mas temos que preparar as coisas para a chegada do nosso filho, não é igual como antes.” G28*

- **Existência de suporte familiar**

O apoio da família, principalmente, dos avós e do companheiro assume grande importância para a mulher durante a gravidez, visto que, este é um período de grandes alterações e modificações, ficando a grávida mais vulnerável, necessitando de todo o apoio da família, para se sentir mais segura e confiante nesta etapa.

*“ (...) os meus pais com certeza me vão dar uma grande ajuda, e como já existem netos na família, da parte deles há um grande à vontade para cuidarem do próximo neto.” G3*

*“ (...) os meus pais e futuros avós, já têm experiência com os outros netos e estão sempre dispostos a ajudar, já agora na gravidez me ajudam e já se disponibilizaram para tomar conta da neta quando eu começar a trabalhar.” G4*

*“ (...) a minha mãe está em casa, provavelmente se tudo correr como está previsto vou deixá-la com os avós até aos 3 anos, depois vai para uma creche, eu e os meus pais moramos a 3km uns dos outros e não precisamos de acordar muito cedo de manhã para levá-la a casa dos meus pais.” G9*

*“Os meus pais e os meus sogros estão a dar-me todo o apoio e depois da minha filha nascer os avós paternos e maternos vão tomar conta dela não vai precisar ir para o infantário, vai ser uma grande ajuda a todos os níveis.” G14*

Uma grande parte das nossas entrevistadas, referiram anteriormente que contam com os avós como principais cuidadores, isto é, o suporte em primeira linha, mas na ausência destes, ainda podem contar com outros familiares próximos para auxílio e apoio de outras tarefas, salientam ainda que contam com o apoio do companheiro que consideram importante nesta etapa.

*“Infelizmente já não tenho mãe, que seria o meu grande apoio. Mas tenho os meus irmãos, principalmente a minha irmã e a minha cunhada, que vão fazer tudo por tudo para ajudar. A minha irmã e a minha cunhada podem dar uma pequena ajuda. Também conto com o meu marido ele é um grande apoio.” G13*

*“Neste momento os meus pais fazem-me muita falta, mas já faleceram, tenho outros elementos da família a apoiar-me principalmente, o meu companheiro. A minha tia, a minha irmã e a minha sobrinha serão um apoio importante quando o bebé nascer. Para além destas pessoas mais próximas tenho também 3 primas que poderão ajudar.” G17*

- **Apoio de amigos e vizinhos na ausência de suporte familiar**

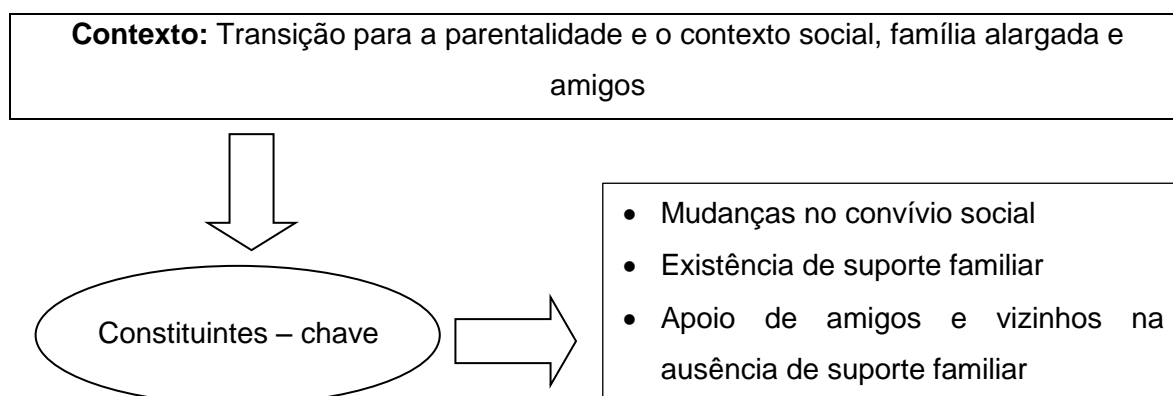
Muitas vezes destituídos de família próxima, recorrem ao apoio dos amigos e vizinhos identificando-os como um suporte crucial, existindo assim uma relação de inter-ajuda e apoio constante.

*“Tenho o apoio de familiares, embora estes se encontrem bastante longe da minha área de residência, sendo por isso um apoio relativo. Mas tenho uma família adotiva emprestada que tenho a certeza que me vai ajudar em tudo o que for necessário.” G2*

*“Tenho uma pessoa que é quase como uma segunda mãe, os meus pais fisicamente já não estão cá...se eu precisar ela vem logo ajudar-me, desde sempre me apoiou em tudo.” G16*

*“É assim, a minha família não está próxima... mas tenho uma “família de amigos” muito unida e somos todos muito próximos, estamos todos na mesma situação e contamos uns com os outros para ajudar no que for necessário.” G23*

**Esquema 5.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos na gravidez.



### 1.3. Vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em mães em idade reprodutiva tardia

Na análise do discurso das nossas participantes no pós-parto, surgiu como estrutura essencial as vivências maternas na transição para a parentalidade em idade reprodutiva tardia, emergindo os seguintes contextos: transição para a parentalidade e o assumir do papel materno; transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho; transição para a parentalidade e o contexto do curso de preparação para o parto e parentalidade; transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal e transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos.

**Quadro 5.** Estrutura 2 relativa às vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia

Estrutura 2
Nas vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia, no contexto da transição para a parentalidade e o assumir do papel materno, as nossas participantes consideram que o pós-parto é um período de construção do papel parental, referindo que é após o nascimento e no contacto com o recém-nascido que o papel de mãe é assumido na íntegra. Consideram que ser mãe é

uma experiência única e maravilhosa embora exigente, encarando a maternidade como o concretizar de um sonho, permitindo a sua própria realização pessoal. Os sentimentos positivos mais referidos foram a alegria, a felicidade e o amor e os sentimentos negativos foram o medo do parto e a ansiedade. Destacam ainda que ser mãe em idade tardia, apresenta maiores benefícios, visto que têm uma vida mais estável, sentindo-se preparadas para assumir o papel de mãe. Após o nascimento do seu filho, referem uma mudança na forma como são vistas pela sociedade, isto é, com mais maturidade e responsabilidade, assumindo o papel de família perante a sociedade. As nossas participantes apontam como principal crítica, a forma como a sociedade encara o adiamento da maternidade, exercendo pressão, fazendo também comentários negativos sobre a decisão de adiar a maternidade.

Na transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho, as nossas entrevistadas referem insegurança e dúvidas nos cuidados que prestam, associando ao facto de serem mães pela primeira vez.

Existe uma transformação e adaptação das rotinas pela dedicação ao filho e embora o pai surja como um interveniente ativo, no auxílio das tarefas domésticas, muitas vezes o que se verifica é uma diminuição do tempo para o autocuidado, visto que, todas as atenções estão focadas no filho. No regresso ao trabalho, as nossas participantes mencionaram que é necessário uma adaptação progressiva a este período, considerando o momento da separação o mais difícil, aumentando a angústia e a preocupação principalmente da mãe.

Na transição para a parentalidade e o contexto do benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade, as nossas entrevistadas, consideram importante, os conhecimentos adquiridos, mas destacam a importância da continuidade no pós-parto, considerando importante na transição para a parentalidade. Realçam também a possibilidade de adquirir conhecimentos e envolver o pai, considerando também que os profissionais de saúde têm um papel importante na transmissão da informação. As nossas participantes mencionaram ainda o apoio dos profissionais em contexto de internamento, realçando ser fundamental a continuação deste apoio no domicílio.

Na transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal, após o nascimento, o relacionamento conjugal sofre algumas mudanças e transformações, envolvendo alguns reajustamentos e adaptações por parte do casal, nomeadamente na partilha das tarefas domésticas. As nossas participantes referem ainda que as alterações das rotinas são inúmeras, refletindo-se na diminuição do tempo para o casal, pois a relação que antes era única, passa a ser uma relação parental com foco principal no filho.

Na transição para a parentalidade e o contexto social família alargada e amigos, as

nossas entrevistadas no pós-parto referem diminuição do convívio social, mencionando que se intensifica nos primeiros meses após o nascimento. Destacam o apoio do companheiro, classificando-o como essencial, tal como, o apoio dos familiares mais próximos, considerando-o importante na adaptação a esta nova etapa. Na ausência do suporte familiar, recorrem ao apoio de amigos e vizinhos, verificando-se uma relação de inter-ajuda e apoio constante, embora muitas vezes o casal resolva a situação de outra forma, recorrendo a instituições como creches e infantários.

### 1.3.1. Transição para a parentalidade e o assumir do papel materno

A interiorização do papel de mãe tem início na gravidez, embora o assumir do papel materno seja percebido após o nascimento, neste sentido, o pós-parto é considerado um período de construção do papel parental, sendo considerado, uma das fases mais importante na transição para a parentalidade.

- **Vivência e experiência da maternidade**

A maternidade implica um vasto número de experiências e vivências que são intrínsecas ao aparecimento de um novo membro na família, considerando as nossas entrevistadas que ser mãe é uma experiência única e maravilhosa.

*“É muito bom, estou a apreciar e a viver tudo da forma mais profunda possível, tenho que aproveitar porque esta fase passa muito depressa. Ser mãe é um desafio, não existem dois dias iguais. É uma experiência diferente de tudo que já vivi.” M5*

*“Ter um filho é uma aventura cheia de dúvidas, emoções, desconfortos, expectativas, mas com sensações incríveis, posso dizer que é uma nova vida. Estou a viver este momento de forma intensa.” M6*

*“Para mim ser mãe é a experiência mais maravilhosa e exigente do mundo é uma experiência única e tenho aprendido imenso. Não quer dizer que seja fácil porque exige muito de nós, por vezes fico preocupada com o meu filho, mas vale muito o esforço, sinto-me muito feliz.” M11*

*“É uma experiência fabulosa, gratificante mas muito exigente. Superou em todos os*

*sentidos a ideia que eu tinha da experiência de ser mãe. Ser mãe é uma das melhores experiências da minha vida.” M22*

*“O meu bebé foi muito desejado. O desejo de ser mãe era muito forte. Agora que estou a viver esta experiência, sinto que se não fosse mãe seria uma pessoa infeliz e insatisfeita com a vida, é maravilhoso o que estou a sentir.” M26*

Podemos constatar, que nos relatos obtidos pelas nossas entrevistadas, o significado atribuído à maternidade por estas mulheres é essencialmente, a realização pessoal e a concretização de um sonho.

*“Vejo a maternidade como algo natural que faz parte da minha realidade como pessoa. O meu corpo e todo o meu ser desejava realizar o desejo de ser mãe.” M12*

*“É uma experiência (...) que me preenche como pessoa e me completa como mulher. Sinto-me completa e feliz, mesmo que muitas vezes esteja cansada e com noites mal dormidas.” M17*

*“Chega a uma altura que falta alguma coisa, e este era um dos nossos objetivos, sermos pais e conseguimos, estamos muito felizes era a meta que faltava alcançar!” M31*

*“Nesta fase, acho que crescemos junto com o nosso filho, e é a primeira vez que sou mãe, por isso cada dia é uma nova etapa, sinto-me a cada dia que passa mais realizada, mas também mais segura no meu papel de mãe!” M32*

*“A maternidade é como uma experiência única que estimula a aprendizagem, o crescimento, a realização pessoal e a própria maturidade.” M34*

- **Sentimentos da maternidade**

No período pós-parto são vários os sentimentos que surgem nesta etapa após o nascimento, pois é uma fase de adaptações perante uma nova realidade. As nossas entrevistadas, referem neste período, uma mistura de sentimentos positivos (a felicidade e o amor) e negativos (o medo, o receio e a insegurança) em relação à maternidade, fazendo referência a ambos os sentimentos em simultâneo. Pelos relatos das nossas entrevistadas verificamos, uma ambivalência de sentimentos próprios das alterações que decorrem neste período pós-parto.

Relativamente aos sentimentos positivos, uma grande parte das nossas entrevistadas destacaram com maior realce nos seus relatos a felicidade e o amor que sentem pelo filho.

*“A maternidade para mim é sinónimo de amar e cuidar, está a ser uma grande felicidade.” M2*

*“Sinto-me muito otimista, ser mãe é uma felicidade imensa.” M19*

*“A maternidade é uma nova etapa, uma fase única na vida da mulher, cheia de felicidade. Tenho encarado tudo de uma forma positiva e tranquila.” M24*

*“Sinto que ser mãe é um amor que não conseguimos explicar...é um momento muito feliz.” M27*

*“É um amor que não se cansa e aumenta a cada dia, é um momento de muito amor e felicidade.” M30*

Os sentimentos negativos referidos pelas nossas entrevistadas em relação ao filho são essencialmente o medo, receio, insegurança e a dificuldade em lidar com algumas doenças que eventualmente vão surgindo. Constatamos que uma grande parte das nossas entrevistadas tem bem presente o pensamento de perder o filho, fazendo referência à morte súbita e ao aparecimento de doenças.

*“Tenho medo de que algo menos bom aconteça ao nosso filho...e que nós não possamos impedir, por exemplo, ele deixar de respirar enquanto dorme.” M8*

*“Tenho medo e algum receio que a minha filha fique doente, sobretudo que surja alguma doença incurável...” M14*

*“Tento não pensar muito nas doenças... mas tenho receio de o perder, acho que ficamos sempre inseguros!” M23*

*“O meu medo é ele deixar de respirar, e se engasgar, e eu não sei o que fazer!! Eu tento não pensar muito nisso, no hospital também explicaram como devíamos fazer, mas nem quero pensar se lhe acontece alguma coisa de mal, tenho medo de o perder!” M31*



*“Tenho algum receio de ele ter alguma doença e eu não saber como tratar, ou não dar conta e não o levar rapidamente ao médico. Pode surgir alguma doença grave....acho que é medo de falhar enquanto mãe, não quero que lhe aconteça nada de mal.” M34*

- **Destaque do papel parental na sociedade**

No contexto social, os pais ocupam um lugar diferente na sociedade após o nascimento de um filho, estes passam a ser visto pela sociedade de forma diferente, com mais maturidade e responsabilidade assumindo um papel de família perante a sociedade.

*“Acho que é diferente...não sei bem explicar.... as pessoas também nos vêm com outros olhos, consideram que somos uma família acho que ficamos com um lugar diferente na sociedade.” M3*

*“A partir do momento que constituímos uma família somos vistos, como pais, pessoas com mais responsabilidade, até porque agora temos um filho para cuidar e educar.” M8*

*“Com a maternidade temos uma posição diferente na sociedade, passamos a ser iguais a todos os outros casais e somos aceites como uma família.” M20*

As nossas participantes relatam que após serem mães, existe um assunto comum entre os casais - os filhos-, o que faz com que estes pais se sintam integrados na sociedade, frequentem os mesmos locais, tenham os mesmos temas de conversa e partilhem as mesmas experiências. Tudo isto permite que se sintam incluídos fazendo parte integrante da sociedade.

*“(...) agora já falo mais com as minhas amigas que tem filhos, porque afastei-me um bocado delas porque quando nos encontrávamos só falavam de filhos e eu como não tinha, evitava sair com elas porque a conversa era sempre a mesma, mas agora o assunto é o mesmo.” M1*

*“Por acaso é engraçado, começamos a falar mais com os casais com filhos, as crianças brincam todas juntas, e os pais enquanto ficam a aguardar que a brincadeira termine (e às vezes é difícil) existe sempre um motivo de conversa que é sempre os filhos, até se torna engraçado, passamos de despercebidos a conhecidos por todos.” M13*

*“Confesso que esta é uma nova fase é um momento de viragem nas nossas vidas, existem muitas mudanças, por exemplo, agora já vamos ao parque passear com o nosso filho e encontramos os outros pais, paramos e falamos, antes não era assim, até evitávamos esses sítios, agora as pessoas já nos olham com outros olhos.” M15*

- **Visão das mães sobre a sociedade e o adiamento da maternidade**

É notória uma mudança significativa na sociedade, relativamente, ao estatuto da mulher, que tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos, cada vez mais, a mulher ocupa diferentes cargos na sociedade e delega a maternidade para segundo plano. O que acontece é que nem sempre a sociedade encara este assunto com bons olhos, fazendo comentários negativos sobre a opção de adiar a maternidade, sendo apenas uma decisão única e exclusiva do casal.

*“As pessoas dizem que com esta idade temos menos paciência para cuidar dos filhos mas eu acho que é mentira, só dizem isso para nos fazer sentir mal!” M7*

*“Às vezes é um bocado impossível! Cada um tem que decidir a melhor altura para ser mãe, neste caso pais, existe muita pressão por causa da idade....., ou é a família ou são amigos a fazer comentários pouco próprios! É bom que se comece a mudar este conceito de ser mãe mais tarde ou talvez preconceito, nem sei o que lhe chame, por acaso, acho que isto é um fator de stress para os pais, é muita gente a pressionar e a dar opiniões...” M28*

*“Acho difícil gerir todos estes sentimentos e emoções... já bastam todos os problemas e dúvidas que acontecem na gravidez, quanto mais começarem a falar da nossa decisão de adiar a maternidade (...) cada um sabe da sua vida e a decisão foi tomada a dois, só a nós diz respeito!” M30*

*“A história é sempre a mesma, já tens uma idade, tens que pensar nisso, é melhor ir ao médico ver o que se passa, já não tens idade para cuidar do bebé...enfim...fartamo-nos um bocado das pessoas e destes comentários, chega a um ponto que as evitamos.” M35*

- **Responsabilidade no desempenho do papel parental**

A responsabilidade parental surge de forma ativa após o nascimento do recém-nascido pois, este depende dos pais em todos os sentidos. Assim sendo, o casal é responsável por cuidar, proteger, ensinar e amar o seu filho.

*“É uma grande responsabilidade pois temos nas nossas mãos o futuro de uma pessoa e temos que proporcionar-lhe todos os meios para que se desenvolva da melhor maneira.”*  
M11

*“Acho que enquanto pais é nosso dever ensinar a nossa filha a ser uma pessoa responsável, de bem, que saiba amar, e esteja, dentro do possível, preparada para a vida um dia quando faltarmos... nessa altura espero já ter transmitido todos os princípios e valores de que ela necessita.”* M21

*“Agora é diferente temos que dar-lhe toda a atenção do mundo, todo o amor e tentar ensinar-lhe e mostrar-lhe o mundo, deixando que ela explore tudo por ela mas sempre com o nosso apoio.”* M25

*“Encaro este momento com uma responsabilidade e exigência maior. Tenho algum receio de falhar enquanto mãe e de não saber responder adequadamente às necessidades da minha filha.”* M29

*“Ser mãe é muito exigente, um bebé precisa de muitos cuidados, mas no meu caso, como ser mãe foi uma opção muito consciente, é realmente uma experiência muito gratificante, mas exige mesmo muita responsabilidade.”* M34

- **Reestruturação do conceito de família**

A transição da vida a dois para a vida em família exige adaptações do casal no sentido de viabilizar o funcionamento familiar. Sendo assim, com a chegada do primeiro filho, existe uma transformação no sistema familiar, surgindo uma nova função ao nível da parentalidade, isto é, permanecem todas as funções anteriores acrescida da função de pais, surgindo o conceito de família.

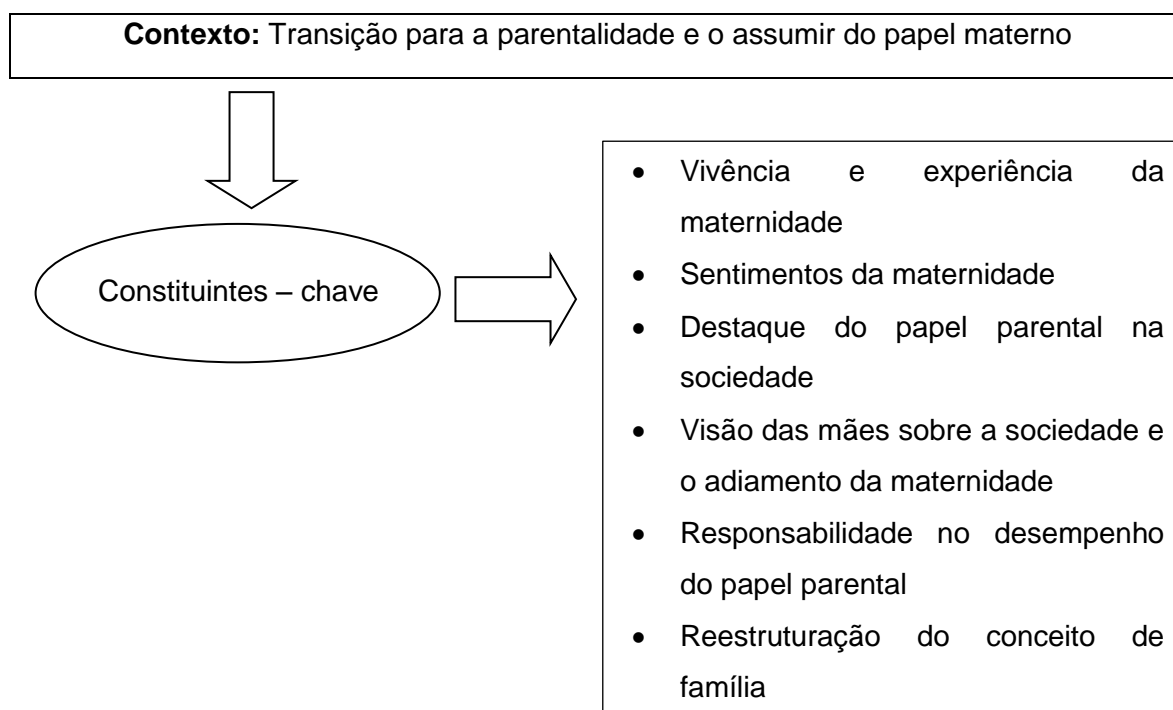
*“Acho que ainda nos estamos a adaptar e temos que nos convencer que agora somos uma família e cada vez mais temos que contar com nós os três.”* M14

*“O nascimento de um filho é um momento único e começa desde cedo a provocar grandes mudanças na nossa vida como casal, principalmente, na rotina familiar.” M17*

*“Não é um período fácil...estamos a aprender aos poucos a viver a três.” M22*

*“Durante a gravidez, pensava algumas vezes, como é que ia ser tratar do bebé em casa com o meu marido, e fazer todas as outras coisas, mas afinal, acho que sou capaz, custa um bocadinho no início, mas agora já encaramos tudo com otimismo.” M31*

**Esquema 6.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o assumir do papel materno.



### 1.3.2. Transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho

O desenvolvimento da relação mãe-filho tem início logo após o corte do cordão umbilical, dando início a uma relação afetiva cada vez mais forte e de grande impacto. Existe assim uma dependência total dos cuidados dos pais, principalmente, dos cuidados maternos o que faz com que se estabeleça uma ligação mais forte entre ambos.

- **Insegurança nos cuidados a prestar ao filho**

Após a alta da maternidade e no regresso a casa começam a surgir as primeiras dúvidas, surgindo também a insegurança que passa a estar presente nos cuidados ao filho. Algumas participantes identificam os primeiros dias como os mais difíceis, sendo necessário uma adaptação gradual a esta nova situação, e que por vezes, acarreta várias dúvidas e incertezas.

*“No início senti-me muito insegura... penso que eu e o meu corpo se começaram a adaptar a esta nova realidade pouco a pouco e a alegria de ter um bebé superou o cansaço e algumas inseguranças que tinha inicialmente a tratar dele.” M8*

*“Os tempos mais complicados foram os primeiros 15 dias, pelo cansaço e pelas dúvidas nos cuidados a ter com o bebé. Principalmente perceber o seu choro, se era de fome, de dor, de sono...talvez por ser a primeira vez que sou mãe, mas não foi nada fácil.” M13*

*“Todos os cuidados a ter com o nosso filho provoca inseguranças e depois vem todas as outras coisas, a amamentação, o banho, as cólicas, o choro, as doenças, e tudo isto faz com que me sinta insegura para tratar dele...” M24*

*“Quando a minha filha fica doente, eu fico sempre muito insegura... eu sei que é uma coisa natural num bebé, mas às vezes ficava sem saber o que fazer, se o mais acertado era ir à urgência ou ligar à saúde 24... é difícil ter que decidir.” M27*

*“Senti-me um pouco em baixo na primeira semana depois do parto, mas depois do que li e falei com as minhas amigas, é normal este sentimento de insegurança quando cuidamos do nosso filho.” M33*

- **Experiência ao cuidar do filho**

As entrevistadas assumem que os cuidados e o tempo dedicados ao filho, são gratificantes, mas referem que este momento acaba por ser uma experiência em que chegam mesmo ao limite. Caracterizam esta experiência como cansativa e extenuante, manifestada pelo cansaço extremo em que se encontram, determinado pela diminuição das horas de descanso e pela adaptação constante às novas rotinas e horários.

*“Eu sempre fui uma pessoa que preciso de dormir muitas horas para estar bem, e agora com o meu filho é quase impossível, dormir as mesmas horas, tenho estado a adaptar-*

*me desde que cheguei a casa, mas cada vez estou mais cansada, fruto das noites mal dormidas.” M3*

*“Nos primeiros tempos, principalmente na primeira semana depois da bebê nascer, foi um pouco complicado, senti-me um pouco esgotada e cansada.” M9*

Por outro lado, uma grande parte das nossas participantes não considera a experiência cansativa, referindo ser apenas uma questão de mudanças e adaptação.

*“Não acho muito cansativo cuidar do bebê, temos é que nos adaptar e conformar com a nova realidade, a vida muda muito, mas com a chegada do nosso filho mudou para melhor sem dúvida.” M11*

*“Confesso que estava com medo, porque ouvia colegas minhas que já foram mães a falar, mas eu não acho assim cansativo como a maioria das pessoas diz, claro que temos que mudar algumas coisas na nossa vida, mas fazemos tudo pela nossa filha.” M27*

*“Acho que deve não haver ninguém que se canse de cuidar de um filho, eu não tenho essa opinião, estou a gostar muito de cuidar dele.” M34*

- **Transformação e adaptação das rotinas diárias pela dedicação ao filho**

A dedicação ao filho exige muitas horas de cuidados diários, que durante a gravidez eram utilizadas, para o autocuidado. Neste seguimento nos primeiros meses, é comum sentir algumas mudanças e adaptações inerentes à presença do filho que estabelece a sua própria rotina, alterando a rotina familiar pré-existente.

*“Sinto que o nosso filho mexeu muito com as nossas rotinas... agora já estamos habituados, mas no início tive dificuldade....” M2*

*“Eu e o meu marido já chegamos à conclusão que a partir de agora vivemos em função da bebê.” M14*

*“As rotinas também mudaram, antes ia ao supermercado a qualquer hora, agora não é assim, tenho que esperar que ele faça uma sesta, após encher a barriguinha. Ele gosta*

*muito de ir comigo às compras, e olhar para tudo à sua volta. Até agora tem-se portado bem quando vai passear.” M18*

*“Para mim está a ser difícil habituar-me às rotinas do meu filho. A dependência que o meu filho tem de mim, é uma coisa que não dá para explicar, até com o pai é difícil ele sossegar.” M22*

*“O nosso filho, tem as suas rotinas dormir, comer, brincar, etc, que gosta de ver cumpridas. Tem uma personalidade forte e já sabe o que quer. Claro que as rotinas dele tem que ser cumpridas em primeiro lugar, já as nossas ficam para segundo plano, mas, já nos adaptamos a esta situação.” M34*

- **Participação do pai nos cuidados ao filho**

A figura paterna foi-se modificando ao longo dos tempos, na atualidade vemos um pai mais presente não só nos cuidados, como também, na partilha e divisão das rotinas e tarefas diárias, o que faz com que o casal permaneça unido, verificando-se, uma interajuda mútua favorecendo o ajustamento materno.

*“Sim, o meu marido e eu partilhamos todas as tarefas com o nosso filho, a única coisa que ele já não faz há algum tempo é dar-lhe banho, mas no dia do banho, ele ajuda-me com a toalha a secar o menino. Somos uma verdadeira equipa.” M11*

*“Sim, o marido tem ajudado muito. Quando a bebé está doente e é necessário também fica com ela aos seus cuidados.” M16*

*“É assim o meu marido ajuda (risos) mas a parte de dar banho e mudar as fraldas é um filme...olhe que até chegou a colocar uma fralda ao contrário (risos), mas é como dizemos o que conta é a intenção, mas é um pai/marido sempre presente, mas o que gosta mais de fazer é brincar com o nosso filho.” M22*

*“O pai é a pessoa mais próxima, e vai ajudando, mas, a maior parte dos cuidados à bebé são praticamente todos da minha responsabilidade.” M27*

*“Até fiquei surpreendida pela positiva e agradou-me muito a participação dele a cuidar do nosso filho, deixando-me e deixando-o muito feliz, claro que o nosso filho também fica feliz por brincar com o pai.” M34*

- **Gerir o tempo para o autocuidado e os cuidados ao filho**

Após o nascimento, os cuidados centram-se no filho, neste caso a mulher deverá ser incentivada de forma a proporcionar tempo para si, permitindo a adaptação à sua nova vida. A gestão do tempo nem sempre é fácil, mas deve existir uma cooperação eficaz entre o casal no sentido de encontrarem equilíbrio entre as rotinas anteriores e as atuais, de forma a efetuarem uma gestão adequada do tempo para uma melhor prestação de cuidados e para o autocuidado.

*“Acho que a parte mais difícil é a gestão do tempo, é que temos que arranjar tempo para tudo e com a bebé não é fácil, primeiro é sempre ela a ser cuidada, depois se sobrar tempo...é que tiro para mim. As tarefas que antes eram básicas agora passam para segundo ou terceiro plano, por exemplo, cabeleireiro, esteticista, ginásio, agora já não é bem igual...” M5*

*“Tive que me adaptar e pronto! Quase sem dormir, sem descanso, sem tempo para mim e, sempre, sempre a correr o dia todo!” M7*

*“Um bebé pequeno acorda muitas vezes durante a noite para mamar, e o meu filho não foi exceção. Durante a primeira semana senti-me muito cansada. Dormia pouco, e eu sempre precisei de dormir algumas horas para ficar bem...foi difícil arranjar tempo para tudo.” M15*

*“Quando tenho que sair de casa, não é fácil gerir o tempo, nas primeiras saídas chegava sempre atrasada, primeiro arranjava o meu filho e eu ficava pra último, nem maquilhagem nem nada era sempre a correr.” M27*

- **Regresso e adaptação ao trabalho**

No regresso ao trabalho também está implícito a dificuldade na gestão do tempo, existindo assim novas tarefas e rotinas, acrescidas às já existentes, exigindo mudanças e uma progressiva adaptação.



*“A maior dificuldade tem a ver com a gestão do tempo fora do meu local de trabalho, porque tenho sempre algum trabalho para fazer em casa e agora não dá para chegar a casa e continuar a fazer, primeiro está o bebé e as tarefas da casa, não é fácil conciliar.”*  
M18

*“A principal dificuldade foi o ajuste de horários. De manhã levantar e arranjar-me a mim e ao meu filho e depois deixá-lo na creche e ir para o trabalho é um pouco complicado.”*  
M31

*“Foi complicado... a principal dificuldade foi ter de acordar muito cedo (depois de noites mal dormidas), e deixar tudo pronto para o meu marido levar o nosso filho para o infantário.”* M24

*“Confesso que me custou imenso regressar ao trabalho. Inicialmente deparei-me com dificuldade em conciliar os horários com o trabalho e conciliar as rotinas que tinha antes com as que vão surgindo agora. Posso dizer que agora, já deu algum tempo para me adaptar e agora tenho as coisas mais organizadas.”* M25

As nossas entrevistadas referem a separação do seu filho, como o momento mais difícil no regresso ao trabalho, ficando mais angustiadas e preocupadas principalmente, quando não têm familiares próximos e têm que recorrer aos infantários e às creches.

*“(...) Custou-me imenso regressar ao trabalho, o problema foi deixar a minha filha aos cuidados de pessoas que não conhecia na creche. Agora já me habituei mas no início não foi fácil, agora encontro-me mais tranquila, pois sei que a minha filha é bem tratada e acarinhada.”* M5

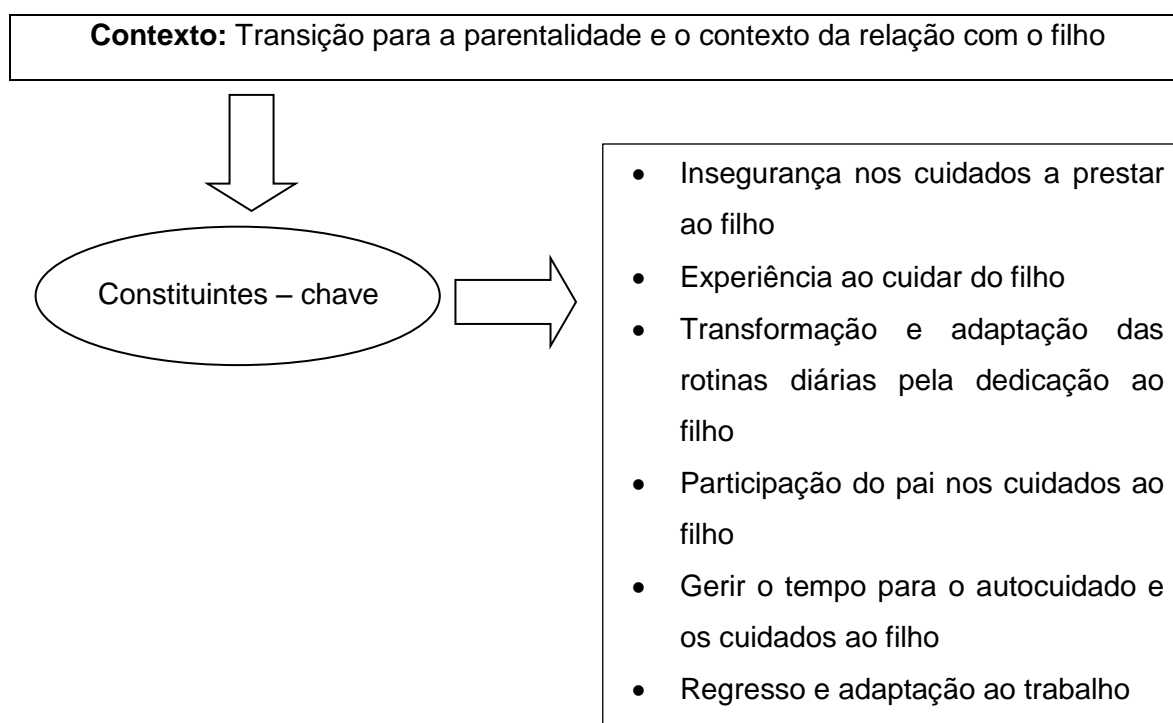
*“Foi muito difícil... para mim e para a minha filha... a dificuldade maior foi ter que a deixar no infantário, foi difícil a adaptação dela no infantário, os primeiros dias foi para esquecer passava os dias a telefonar e preocupada que acontecesse alguma coisa ...”* M21

*“Agora já passaram uns meses, mas a separação do meu filho no início, foi o que custou mais. Estava habituada a estar (...) sempre com ele, até chorei quando vim trabalhar, custou-me muito essa parte, no primeiro dia passei o dia a telefonar e a chorar.”* M31

*“A adaptação e regresso ao trabalho é sempre difícil... mas com o passar do tempo*

*habituo-nos, mas é bom regressar à vida normal e ao nosso trabalho, embora agora com um filho seja diferente, os primeiros dias foi difícil separar-me dele, mesmo a trabalhar está sempre no meu pensamento.” M33*

**Esquema 7.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho.



### 1.3.3. Transição para a parentalidade e o contexto do curso de preparação para o parto e parentalidade

As nossas participantes no pós-parto, assumem que o curso de preparação para o parto e parentalidade é benéfico, mas, destacam a importância da continuidade do curso no pós-parto, considerando importante na transição para a parentalidade. Este tipo de cursos possibilita a aquisição de conhecimentos e envolvimento do pai, considerando também que os profissionais de saúde têm um papel principal na transmissão da informação.

- **Aquisição de conhecimentos**

As nossas entrevistadas, referem que é fundamental adquirirem conhecimentos e colocá-los em prática, assumindo que os exercícios práticos são essenciais para se sentirem mais seguros como pais e também nos cuidados que prestam ao filho. A continuidade do curso no pós-parto é referido como “salvação” para todos os problemas e dificuldades que surgem neste período.

*“Confesso que o que nos ensinaram no curso de preparação para o parto, foi importante não só pela informação que transmitiram, mas também, porque permitiu partilhar dúvidas e medos.” M9*

*“O curso ajudou a aprofundar os conhecimentos, porque no fundo temos uma ideia geral sobre os assuntos, mas frequentar o curso, permitiu-me ficar mais calma e esclarecida com os cuidados a ter com o bebé.” M22*

*“Eu acho que o curso foi importante, deu para esclarecer dúvidas, aliviar o stress e trocar ideias com as outras mães.” M24*

*“Se não fossem os cursos havia coisas que eu e o meu marido nem tínhamos ouvido falar. A informação que recebi nos cursos ainda grávida foi importante, ensinaram muita coisa e ficamos com mais segurança e menos receio para agora cuidar do bebé.” M26*

- **Presença e envolvimento do pai**

A presença do pai nos cursos de preparação para o parto e parentalidade é importante, visto que, esclarece o pai neste processo complexo que é a maternidade. O envolvimento do pai nestes cursos permite que fique mais seguro de si próprio, transmitindo também segurança necessária à mulher neste período.

*“Acho que é muito positivo pois ajuda o pai a ser mais participativo nas tarefas relativas ao bebé, e a perceber melhor toda esta nova situação familiar. No fundo ajuda a incentivar mais nas tarefas em casa, acho que ficamos todos a ganhar.” M15*

*“O pai deve estar sempre presente, porque tanto o pai como a mãe devem estar informados e preparados, para este acontecimento importante da vida, como é o*

*nascimento de um filho.” M20*

*“Estes cursos ajudam a clarificar o papel do pai, no que ele deve fazer e incentiva a ajudar em casa e a tratar do bebé.” M22*

*“Envolver o pai nestes cursos é muito importante, assim pode ajudar nas tarefas em casa e a cuidar do bebé. Ele foi algumas vezes às aulas e notou-se a diferença ficou diferente. Também acho que estes cursos devem ensinar os dois a ser pais, não é só a mãe que tem que aprender!” M24*

*“O pai tem que estar bem preparado tal como a mãe, se ele não assistir a estes cursos não tem a oportunidade de estar preparado, no caso do meu marido ajudou muito... Acho importante ter uma preparação em conjunto assim podemos aprender e partilhar muitas coisas.” M30*

- **Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na transição para a parentalidade**

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade, torna o futuro casal menos ansioso, não só na gravidez e parto, como também, assume um papel crucial no pós-parto, permitindo que os pais se sintam mais preparados no regresso a casa com o seu filho, promovendo de forma adequada a transição para a parentalidade.

*“O curso de preparação para o parto ajuda-nos muito com o período da gravidez, amamentação, o momento do parto, e os cuidados iniciais do bebé. Sem dúvida que ficamos mais preparados para cuidar do nosso filho.” M9*

*“Sim, é importante, porque desta forma eu como futura mãe sinto-me mais apoiada, ficando também o pai mais informado e preparado para ajudar a cuidar do bebé.” M21*

*“Frequentar o curso de preparação para o parto, fez com que interiorizasse mais o papel enquanto mãe, fez-me sentir mais preparada e segura nesta etapa, é tudo novidade.” M23*

*“A informação dada nos cursos, para mim foi uma mais-valia, está a ajudar-me imenso agora no novo papel de mãe, no entanto, agora com o bebé há sempre mais conhecimento que vamos tendo com a prática.” M25*

- **Transmissão da informação por parte dos profissionais**

Neste âmbito, os profissionais de saúde, em particular os EESMO, apresentam um papel de extrema importância, sendo no curso de preparação para o parto e parentalidade, o momento crucial para ensinar e orientar os pais, permitindo que se sintam confiantes e competentes no desempenho dos seus novos papéis. As nossas participantes referiram que durante o curso, esclareceram as dúvidas no entanto, no pós-parto, referem que é mais difícil e só o fazem quando vão à consulta no centro de saúde, destacando ainda, que a disponibilidade não é a mesma, referindo a existência de um curso no pós-parto, como “salvação” e resolução de todos os problemas.

*“De facto no curso de preparação para o parto o que nos ensinaram foi só para termos algumas ideias durante a gravidez e o parto. Em relação à informação dada no curso para o pós-parto, ou seja, para o regresso a casa insistiram pouco e não foi suficiente, gostava que existisse um curso pós-parto. Nós temos sempre muitas dúvidas e agora com o nosso filho em casa é pior.” M3*

*“Na altura frequentei o curso, porque achei que seria produtivo, tenho que me preparar para fazer o melhor pelo meu filho e penso que estes cursos nos ajudam muito, devia de existir um curso pós-parto era a nossa ‘salvação’, até desapareciam metade dos problemas.” M11*

*“Devia de haver um curso de preparação pós-parto seguido sem pausa, pelo menos até a nossa filha ter aí um ano, assim era tudo mais fácil (...).” M14*

*“Acho que estava habituada a tirar dúvidas com a Enfermeira que dava a preparação para o parto. Agora como não temos o curso é mais difícil tirar dúvidas, faz falta um curso pós-parto.” M16*

*“ (...) não existe muita oferta de cursos no pós-parto. No curso de preparação para parto não exploraram muito o pós-parto e acho que devia haver mesmo os dois cursos em separado.” M29*

As entrevistadas mencionaram que durante o internamento, todo o apoio que receberam por parte dos profissionais de saúde foi muito importante, embora, mencionassem ser fundamental a continuação do apoio no domicílio por uma equipa especializada, visto

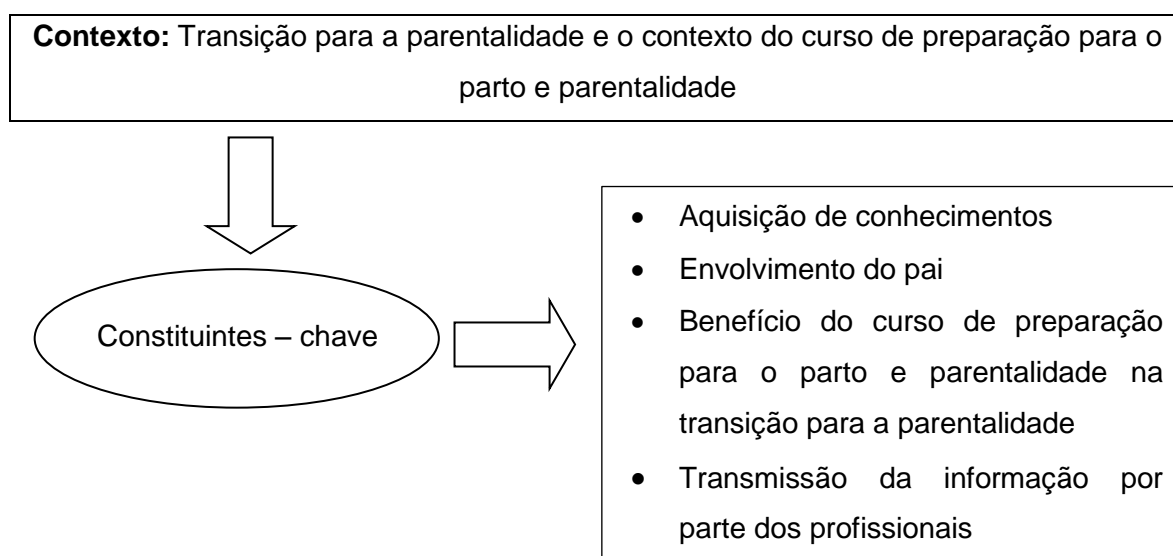
que, não existe a possibilidade de frequentarem um curso após o parto.

*“(...) o apoio que recebi das Enfermeiras do hospital sobre amamentação, primeiro banho e segurança no automóvel, foram suficientes. Temos é um internamento curto para ouvirmos todos os ensinamentos que as Enfermeiras fazem...também gostava que existisse uma equipa que viesse a casa e ajudasse a tirar dúvidas, assim substituíamos o curso pós-parto...” M18*

*“Isto é tudo novidade, no hospital as Enfermeiras explicam, mas nós não estamos bem... (risos) é as dores, o barulho, o bebé chora, vem a visita médica, enfim o problema é quando chegamos a casa aí é que começam os problemas...temos uma dúvida e não temos a Enfermeira ao lado, é difícil....este apoio devia continuar quando fôssemos para casa.” M21*

*“Quando vamos ao centro de saúde tiramos dúvidas mas... é sempre a correr, devíamos de ter assim, um espaço para falarmos e tirarmos dúvidas o tempo que fosse necessário, sem pressa, porque fazemos uma pergunta e estão sempre a olhar para o relógio (devem estar a pensar que estão muitas pessoas para ser atendidas...) e a verdade é que com os nervos até nos esquecemos do que íamos perguntar a seguir... é pena, faz falta um curso pós-parto.” M27*

**Esquema 8.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto do curso de preparação para o parto e parentalidade no pós-parto.



#### 1.3.4. Transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal

O nascimento do primeiro filho provoca profundas transformações na vida do casal, sendo considerada uma época de mudanças e reajustamentos onde se verifica uma complexa adaptação. Existe uma fase de transição que reposiciona o casal a outro nível, sendo um projeto irreversível, existindo assim, um crescimento e amadurecimento pessoal, um novo tipo de relações e uma nova perspectiva sobre a vida.

- **Partilha das tarefas domésticas**

A alteração das rotinas familiares é inevitável com o nascimento de um filho, podendo verificar-se um desajustamento capaz de interferir ao nível do bem-estar do relacionamento do casal. Sendo assim, é crucial a partilha/divisão de tarefas e papéis no sentido de promover uma relação de proximidade entre ambos. Esta divisão e partilha de tarefas deve ser encarada de uma forma aberta entre o casal, no sentido de se adaptarem às necessidades de cada um, partilhando as dúvidas e as experiências neste momento importante que é a maternidade.

*“A partilha das novas funções e tarefas com o meu marido, após o nascimento da nossa filha foi vivida sem atritos. Está a ser uma grande mudança mas, foi uma mudança que aceitamos de uma forma muito natural e segundo a qual nos estamos a adaptar muito bem.” M4*

*“Bom, realmente, teve mesmo que ser a partilhar. Foi um assunto que estabelecemos logo desde o início e até foi fácil. Claro que a partilha, não é igual para os dois, pois à mãe cabe sempre a maior parte das tarefas.” M7*

*“Sou uma mulher de sorte, como ele já ajudava antes de eu estar grávida não mudou nada depois da bebé nascer, ele faz questão de estar presente em praticamente todas as tarefas.” M14*

*“Tivemos que dividir tudo! as tarefas, os papéis, teve que ser mesmo tudo senão não dava, no início até fizemos um esquema (risos) para não correr o risco de nos esquecermos de nada, é que às três da manhã faltar o leite ou as fraldas não dá jeito nenhum, primeiro está sempre o nosso filho.” M19*

*“É certo que a mãe tem um papel mais relevante no cuidado do bebê, mas quando surge uma ajudinha extra é sempre bem- vinda, principalmente vinda do pai. Quando as tarefas são partilhadas e realizadas com sucesso ficamos os dois satisfeitos.” M31*

- **Modificação no relacionamento conjugal**

O nascimento de um filho implica o reajustar do casal no plano afetivo e relacionamento sexual. A relação conjugal que antes era única, passa a ser uma relação parental com foco de atenção principal no filho. Para que a relação seja preservada, o casal tem que se adaptar à transformação ocorrida no relacionamento de forma a encontrar um reequilíbrio na relação.

*“O meu marido compreende muito bem, agora o centro das nossas vidas é o nosso filho e ele está sempre em primeiro lugar, mas temos momentos a dois, deixamos o menino com os Avós, e aproveitamos para conversar e partilhar os nossos momentos, assim renovamos a nossa energia enquanto casal e mantemos a nossa relação viva.” M8*

*“Não é fácil... mas acho que a nível emocional é difícil para os dois, estamos a aprender a viver de uma outra forma, é uma fase de adaptação a uma nova vida que foi transformada com a chegada do nosso filho.” M13*

*“Sim compreende e tem-me ajudado muito quando estou mais fragilizada a nível emocional, passamos a viver esta fase de outra forma. Estamos a viver este momento com tranquilidade, já nos tínhamos mentalizado e já estávamos preparados para esta mudança no nosso dia-a-dia.” M25*

*“Sinto que fui abaixo emocionalmente no início, refletindo-se na minha personalidade. O meu marido sempre compreendeu, não cobrando nunca atenção ou afeto. Agora já nos adaptamos a uma nova vida. ” M29*

As nossas entrevistadas, mencionam que são várias as alterações que existem com a chegada de um filho e nem sempre são compreendidas pelo companheiro, provocando sentimentos de tristeza e incompreensão causando também, alguns conflitos no relacionamento.



*“Pela minha experiência verifiquei que ele nem sempre compreende as alterações que aconteceram na nossa vida. Ele diz que compreende...mas a verdade é que os homens nem tem a noção, dizem uma coisa mas depois.....fazem outra, o que me deixa um pouco triste!” M11*

*“Acho que às vezes ficamos distantes um do outro, no início a relação sofreu um ‘abanão’, o meu marido compreende mas reclama a minha atenção, mas acho que a adaptação tem que ser progressiva, sinto que o bebê mexeu muito com as nossas rotinas, enquanto casal.” M15*

*“A parte emocional é sempre complicada...o meu marido não compreendeu, acho que ele falhou muito nesse aspecto e muitas vezes eu sinto que ele não me compreende, desvaloriza muito as coisas. Acho que ultrapassamos estas dificuldades porque gostamos muito um do outro e principalmente do nosso filho, por isso, é que acho que conseguimos ultrapassar as pressões emocionais que ter um bebê implica.” M22*

- **Diminuição do tempo para o casal**

O casal demonstra muitas vezes dificuldade em conciliar o papel parental com o papel sexual no seu relacionamento enquanto casal, principalmente, porque o tempo despendido para a relação que tinham anteriormente, fica muito reduzido com a chegada de um filho, que passa a ser o centro das atenções e a ocupar todo o tempo disponível, havendo assim uma diminuição drástica do tempo para o casal.

*“Não se pensa nisso, por enquanto, o bebê está sempre em primeiro lugar. Por vezes o meu marido não compreende a falta de tempo que tenho para dedicar só a nós, mas é difícil fazer com que o dia tenha mais que 24 horas.” M12*

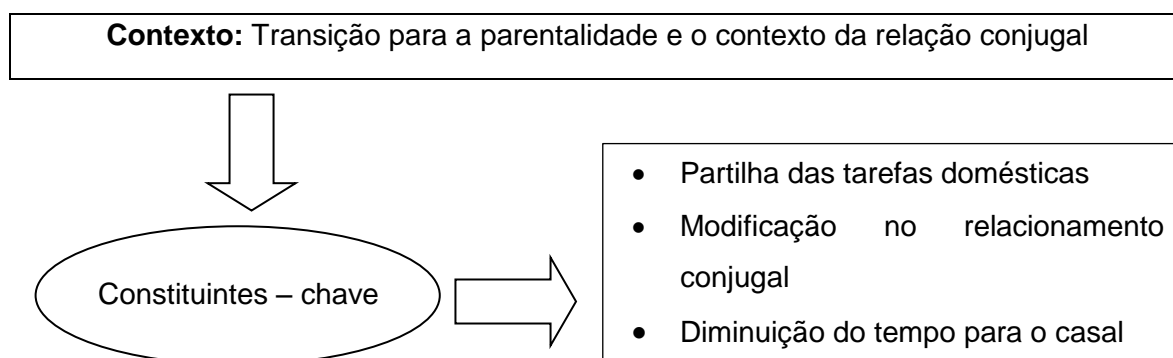
*“Não temos muito tempo para isso....falta tempo para nós...isto deve-se ao tipo de trabalho que tenho que também me rouba imenso tempo, pois trago sempre muito trabalho para casa.” M21*

*“Compreendemos os dois...mas...é difícil....porque temos pouco tempo um para o outro e antes tínhamos todo o tempo do mundo, com a presença do nosso filho ficamos sem tempo para nós.” M24*

*“Não sei explicar bem mas com o nosso filho em casa formamos uma família, mas parece que já não somos um casal, parece que somos só pais, essa parte parece que ficou para*

*segundo plano, agora é sempre o nosso filho em primeiro lugar.” M35*

**Esquema 9.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal no pós-parto.



### 1.3.5. Transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos

Com o nascimento da criança existe um distanciamento dos familiares e amigos. O casal deve após o nascimento ter consciência que existe várias mudanças, nomeadamente, a nível do convívio social. Cada casal vive e reage a esta experiência de maneira diferente, sendo importante consciencializar-se que todas estas mudanças e dificuldades são comuns nesta fase.

- **Mudanças no convívio social**

A diminuição do convívio social começa logo na gravidez, sendo mais acentuada após o nascimento, muitas vezes os recentes pais sentem-se excluídos do grupo de amigos, pois têm um filho que depende deles para todos os cuidados, dificultando assim, o convívio com os amigos e familiares.

*“A chegada do nosso filho mudou muito a nossa vida neste aspeto, nós não saíamos muito, mas habitualmente, tomávamos café com o nosso grupo de amigos, algumas vezes por semana, claro que com um bebé pequenino é muito diferente, não convém sair*

*à noite e à tarde eles também não podem porque estão a trabalhar, confesso que sinto falta dos nossos convívios.” M6*

*“Com um bebé em casa tudo muda, não podemos sair quando queremos, acho que agora as saídas são diferentes, também notamos que os nossos amigos já não nos convidam tantas vezes, com o bebé é mais difícil...” M17*

As nossas participantes vivem em função dos filhos, referem uma readaptação à vida familiar e surgem as primeiras saídas que vão sendo progressivas no decorrer dos meses.

*“Após o nascimento do nosso filho, os primeiros meses foram difíceis, não sobrava muito tempo para sair, tínhamos a nossa filha para cuidar, claro que já nos habituamos e agora já sobra algum tempo mas esse fica para estarmos os dois juntos.” M14*

*“A vida mudou muito! A prioridade em termos de escolhas passou a ser o nosso filho. O primeiro mês foi complicado, nem dava para sair. Agora já é um bocadinho melhor mas até o facto de decidir ir jantar fora depende dele. Se o tempo está ou não frio, se chove, se está bem-disposto, se tem sono, se tem fome.... Agora já começamos a sair mais vezes e juntamos alguns amigos nossos que também têm filhos pequenos.” M18*

*“Nós já sabíamos que a parte dos convívios ia ser difícil de manter com o nascimento do nosso filho. Agora não dá para fazer a vida normal como fazíamos antes, temos que esperar que ele cresça para depois voltarmos a sair e conviver com os nossos amigos.” M22*

- **Existência de suporte familiar**

A decisão de serem pais nesta idade também acarreta outros problemas, nomeadamente, a idade dos avós, que por vezes já partiram ou apresentam idades avançadas e estão de certa forma debilitados fisicamente, não participando de forma ativa na educação dos netos.

*“Toda a família (...) quer ajudar e partilhar experiências próprias. Os meus sogros já faleceram, os meus pais embora tenham uma idade, vivem perto de nós e estão sempre*

*disponíveis para ajudar e também adoram o neto.” M7*

*“Apesar de ter elementos da família com experiência, eles já não estão a viver perto de mim e os meus sogros são um bocadinho doentes, não conseguem tomar conta do bebé.” M11*

*“Neste aspeto tenho muita gente a ajudar, sou uma pessoa de sorte... em primeiro lugar tenho os meus pais e os meus sogros e se for necessário tenho a minha irmã e o meu cunhado.” M16*

*“A minha mãe tem um sentido muito maternal e sempre me apoiou, desde o início da gravidez e agora que o meu filho nasceu. A minha irmã também me apoiou e as minhas primas e tias também. Nunca senti falta de apoio. O meu marido foi mais um apoio, mas não foi o único nem o principal.” M18*

*“Já não tenho pais...os meus sogros também não podem muito...mas posso contar com a ajuda dos meus cunhados.” M32*

- **Apoio de amigos e vizinhos na ausência de suporte familiar**

Muitas vezes dada a inexistência ou distância de familiares mais próximos, o casal arranja outras alternativas, no sentido de resolverem a situação sozinhos, recorrem não só às instituições (creches, infantários), como também, à ajuda de amigos e vizinhos.

*“Os restantes familiares, embora estejam a viver com a mesma intensidade o crescimento do nosso filho, não podem ajudar porque estão longe. Contamos com a ajuda de alguns amigos próximos da família.” M3*

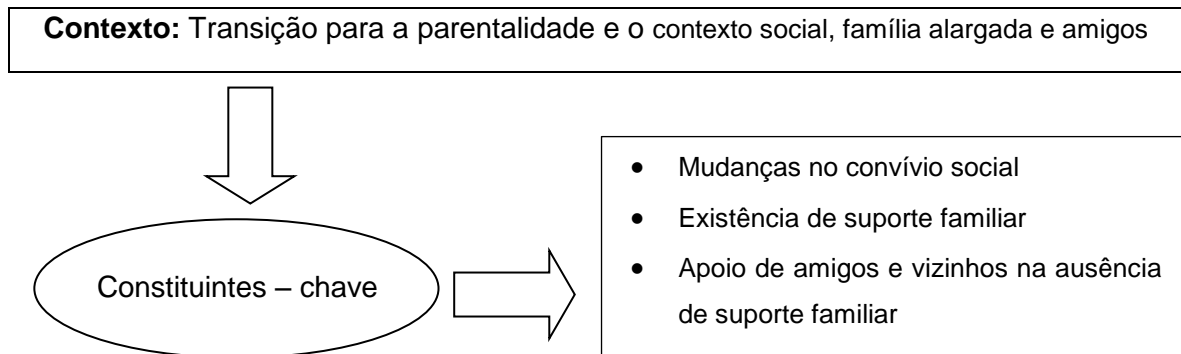
*“Não temos ajuda de familiares, estão todos longe. Sou só eu e o meu marido, o que não é nada fácil...só em último recurso é que pedimos aos nossos vizinhos, temos que o deixar no infantário depois é só combinar o horário com o meu marido.” M14*

*“A minha família está toda longe. Tive inicialmente a minha mãe que entretanto teve de regressar a casa. Conto com a ajuda dos vizinhos e amigos mais próximos.” M22*

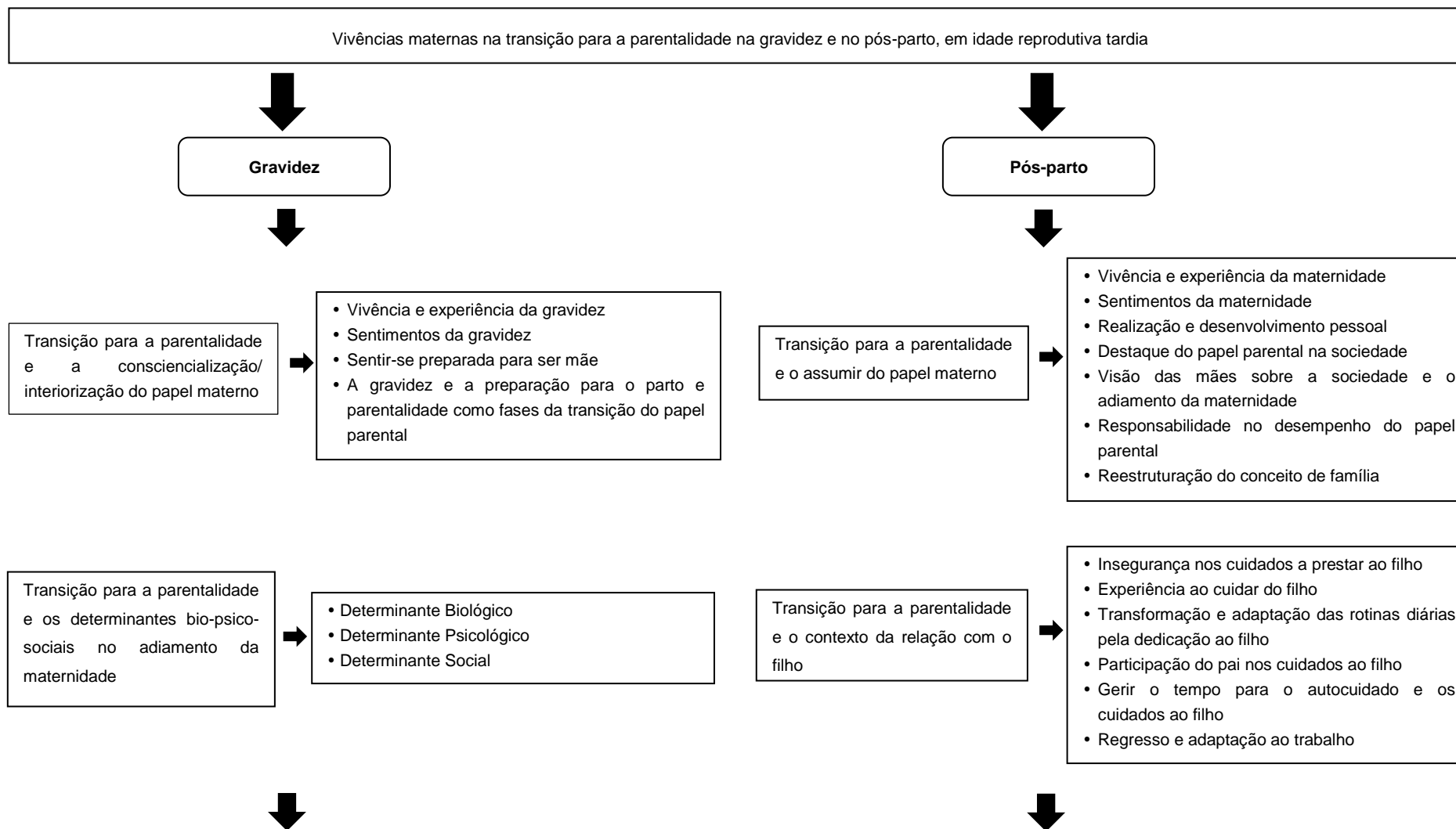
*“Existem elementos da família com experiência mas estão longe, por isso, a ajuda que podem dar não é muita. Fazia-nos jeito ter familiares por perto para ficarem com a bebé quando está doente, mas, infelizmente não tem sido possível. Inicialmente contávamos com esse apoio mas por motivos profissionais tivemos de mudar de residência e*

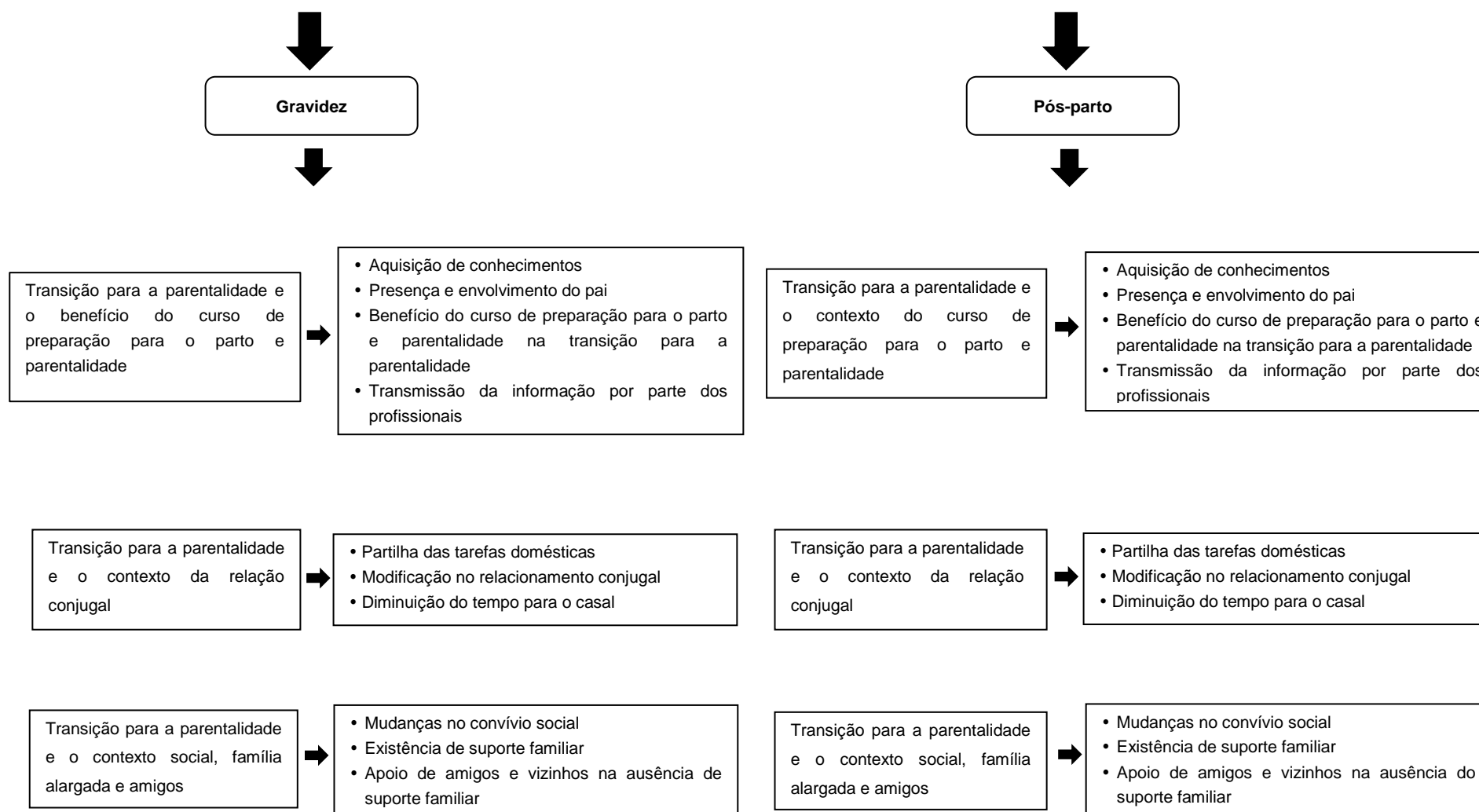
*deixamos de poder contar com ele. Mas temos alguns amigos com quem podemos contar.” M27*

**Esquema 10.** Representação esquemática relativamente à transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos no pós-parto.



**Esquema 11.** Representação esquemática relativamente à vivência materna na transição para a parentalidade na gravidez e no pós-parto





## 1.4. Discussão dos resultados do estudo qualitativo

Neste capítulo, procedemos à discussão dos resultados, englobando não só alguns aspetos relevantes relativamente à caracterização das nossas participantes, como também, os significados que foram atribuídos por estas, relativamente às vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez e no pós-parto em idade reprodutiva tardia, sendo consideradas as duas estruturas essenciais do nosso estudo.

As nossas participantes apresentam características próprias inerentes a este grupo específico de mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia. Sendo assim, dos dados obtidos constatou-se que relativamente à faixa etária, verifica-se uma maior representatividade em idades entre os 35 e os 39 anos. Estes dados são confirmados através das pesquisas efetuadas e presentes no enquadramento teórico, constatando assim, que as mulheres adiam a maternidade e decidem ter o primeiro filho numa idade avançada, mencionando o Instituto Nacional de Estatística (2012), que “ (...) as mulheres não só são mães cada vez mais tarde, como têm cada vez mais um menor número de filhos: em 2010, cada mulher teve, em média 1,4 crianças; em 2000, essa média era de 1,6 crianças” (p. 5). Evidenciamos ainda que, existe uma menor representatividade da amostra entre os 40 e os 45 anos, facto que poderá estar relacionado com o declínio da fertilidade após os 35 anos, tal como, menciona Leme (citado por Rodrigues, 2008) a idade é um fator limitante na vida reprodutiva da mulher apontando que a queda da fertilidade se intensifica após os 35 anos, sendo esta idade considerada o marco desse declínio.

Relativamente às habilitações literárias, constatamos que as nossas participantes têm um elevado nível de escolaridade, apresentando a maior parte, o grau correspondente ao Ensino Superior, confirmando assim, que as mulheres em idade tardia primeiro apostam na formação académica e profissional, complementando a opinião de Costa (2003) que refere que a fecundidade tardia está relacionada com as elevadas qualificações quer escolares, quer profissionais de algumas mulheres em idade reprodutiva tardia.

No que diz respeito à ocupação profissional segundo Classificação Portuguesa das Profissões (2010), as nossas participantes, concentram-se maioritariamente, no Grupo dos Especialistas das atividades intelectuais e científicas. Esta afluência poderá dever-se ao facto de Aveiro ser uma zona industrializada, apresentando várias indústrias, dois Hospitais (CHBV-UA e os Hospitais Privados-CLIRIA), uma Universidade e inúmeras escolas, albergando profissionais de elevada competência técnica, nomeadamente, as



que pertencem ao nosso estudo. Comprovando estes dados, Oliveira (2009) refere que a atual geração de mulheres começou a projetar-se agora não apenas como esposa ou mãe, mas, no mundo do trabalho, passando a ocupar posições de destaque no âmbito profissional.

No que diz respeito ao estado civil e duração do relacionamento, achamos que são variáveis que podem estar diretamente relacionadas. Salientamos que a maioria das nossas participantes refere a união de facto como estado civil mais representativo, e os relacionamentos com menor durabilidade apresentam maior representatividade, visto que, na impossibilidade de encontrarem um parceiro que permita uma relação estável e duradoura, existem várias tentativas para encontrar este tipo de relacionamento, permitindo estabilidade a nível conjugal, dando ênfase à procura de par ideal, tal como refere Barbosa e Rocha (2007) adiar a maternidade envolve diferentes questões, como encontrar um parceiro. Destacamos também que as mulheres consideram uma relação estável como determinante na decisão de ser mães (Benzies et al., 2006).

Relativamente às estruturas essenciais, contextos e constituintes-chave, efetuamos a discussão da análise dos dados, tendo em conta as temáticas que emergiram da revisão da literatura presentes no enquadramento contextual do nosso estudo, confrontando assim, com as temáticas obtidas através dos discursos proferidos pelas nossas participantes na gravidez e no pós-parto.

Na estrutura *vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia*, emergiram os seguintes contextos: transição para a parentalidade e a consciencialização/interiorização do papel materno; transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais; transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade; transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal e transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos.

Relativamente à estrutura *vivências maternas na transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia*, os contextos foram os seguintes: transição para a parentalidade e o assumir do papel materno; transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho; transição para a parentalidade e o contexto do curso de preparação para o parto e parentalidade; transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal e transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos.

Seguidamente, apresentamos, a discussão da análise dos dados, referente às estruturas identificadas vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez e no pós-parto em idade reprodutiva tardia, em simultâneo, de forma a confrontar os dados em análise da estrutura, contextos e constituintes-chave.

- **Transição para a parentalidade e a consciencialização/interiorização e o assumir do papel materno.**

Relativamente a este contexto emergiram apenas dois constituintes-chave iguais na gravidez e no pós-parto, a vivência/experiência e os sentimentos, pelo que efetuaremos a discussão destes dois constituintes simultaneamente, relativamente aos dois períodos. No que diz respeito à gravidez surgiram ainda sentir-se preparada para ser mãe; a gravidez e preparação para o parto e parentalidade como fases da transição do papel parental e alterações e desconfortos na gravidez. Salientamos que, em relação ao pós-parto os constituintes-chave que surgiram foram: destaque do papel parental na sociedade, visão das mães sobre a sociedade e o adiamento da maternidade, responsabilidade no desempenho do papel parental e reestruturação do conceito de família.

Neste seguimento e tendo por base a teoria das transições de Afaf Meleis que serve de suporte teórico à nossa investigação, podemos constatar que, de todas as transições que acompanham a nossa existência enquanto adultos, o nascimento é a das que assumem maior destaque, sendo o momento em que nos transformamos em pais ou em mães. A transição para a parentalidade implica um conjunto de transições individuais, conjugais e sociais para os novos pais, pois apesar de um filho ser desejado e esperado, o seu nascimento torna o processo irreversível, modificando decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Para Meleis et al. (2000), os processos de transição denotam uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis, nas expectativas ou habilidades, na medida em que os processos de transição requerem que o ser humano adicione novos conhecimentos, para alterar o comportamento e como tal, mudar a definição de si em contexto social. Este modelo teórico apresenta os Enfermeiros como facilitadores do processo de transição e de adaptação, permitindo assim, que o indivíduo alcance uma

maior sensação de bem-estar.

Neste sentido, para que as intervenções de enfermagem tenham uma participação decisiva no processo de transição e adaptação das mulheres em idade reprodutiva tardia, o EESMO deverá estar consciente de que é fundamental conhecer as necessidades específicas destas mulheres. Portanto, cabe ao Enfermeiro ajustar e ampliar a assistência individualizada, sendo imprescindível conhecer as razões do adiamento da maternidade (Lima et al., 2009).

O EESMO funciona como elo de ligação entre a Grávida/Puérpera/Família e a equipa multidisciplinar, assumindo um lugar de destaque na transmissão adequada de informação, motivando para o esclarecimento de dúvidas. Ao permitir que a mulher expresse e reconheça os seus sentimentos e emoções, o Enfermeiro está a ajudá-la a ultrapassar as dificuldades inerentes ao processo da maternidade, incentivando-a a valorizar apenas os aspetos positivos, nomeadamente o nascimento do seu filho.

#### Vivência e experiência na gravidez e no pós-parto

A vivência e a experiência na maternidade estão envoltas num misto de emoções e sensações. Durante a gravidez, uma grande parte das nossas participantes referem os movimentos do feto e a visualização ecográfica, como experiência marcante. No período-pós-parto, evidenciam o facto de ser mãe como uma experiência única e maravilhosa embora exigente.

*“É uma experiência bastante positiva que me está a possibilitar vivenciar e descobrir novas sensações e emoções. Por exemplo, é maravilhoso sentir pela primeira vez o bebé a mexer, vê-lo na ecografia, ouvir o seu coração a palpitar...acho que não dá para descrever...acho que nos marca para sempre, sentir que temos um bebé a crescer dentro de nós é maravilhoso.” G6*

*“Para mim ser mãe, é a experiência mais maravilhosa e exigente do mundo é uma experiência única e tenho aprendido imenso. Não quer dizer que seja fácil porque exige muito de nós (...).” M11*

A maternidade é vista como algo único e especial na vida de uma mulher, implicando a conjugação de aspetos positivos e negativos, de recompensa e de sacrifícios (Barbosa & Rocha, 2007).

Podemos constatar, que nos relatos obtidos pela grande maioria das nossas entrevistadas, estas atribuem um significado similar à vivência e experiência da gravidez e da maternidade, caracterizando-as essencialmente, como o concretizar de um sonho, permitindo a sua própria realização pessoal.

*“Vejo a gravidez como um momento único na minha vida que me tornou mais forte e me fez sentir mais realizada como mulher. Para mim, a gravidez é sinónimo de realização pessoal.” G6*

*“Vejo a maternidade como algo natural, que faz parte da minha realidade como pessoa. O meu corpo e todo o meu ser desejava realizar o desejo de ser mãe.” M12*

Realçamos que a maior parte das nossas participantes, embora tivessem adiado a maternidade, mantinham a vontade de concretizar o sonho de ser mãe.

Na opinião de Lima et al. (2009), a mulher não consegue ocultar o desejo de ser mãe e mesmo perante algumas dificuldades, avança no sentido da concretização e realização do seu sonho.

Sendo assim, com uma vida profissional e económica estável, as nossas participantes, referem que atingiram o culminar da sua realização pessoal agora que são mães, tal como menciona Rodrigues (2008) uma vida cheia de ocupações, que combine trabalho com maternidade, traz satisfação e sentimento de realização.

Apenas durante a gravidez, algumas das nossas participantes, referiram a intensidade com que a família vive este momento, sendo estes intervenientes ativos na partilha de experiências e emoções, envolvendo todos os elementos da família.

*“Estou a viver a gravidez com a minha família de uma forma muito boa, estou a ser muito mimada, acarinhada e recebo elogios todos os dias da minha família, todos eles estão a viver a minha gravidez com grande entusiasmo.” G14*

*“Recebi um forte apoio para falar e partilhar experiências. Foi uma gravidez bem acolhida por toda a família e todas aquelas que já passaram pela experiência (mãe, primas, cunhadas, tias) puderam, de forma positiva, dar o seu contributo para dissipar dúvidas ou angústias.” G18*

Complementando a opinião das nossas participantes, Lima et al. (2009) refere que a gravidez é um evento complexo, implicando mudanças físicas, fisiológicas e emocionais

na vida da mulher, interferindo também no cotidiano de toda a família.

### Sentimentos da gravidez e da maternidade

Na gravidez e na maternidade são vários os sentimentos com os quais a mulher se depara. Os sentimentos presentes no relato das nossas entrevistadas são semelhantes em ambos os períodos da gravidez e do pós-parto, sendo que, faremos referência aos dois períodos em simultâneo. Optámos por separar sentimentos positivos e sentimentos negativos para permitir uma melhor interpretação dos sentimentos das nossas entrevistadas.

No que diz respeito aos sentimentos positivos, as nossas participantes destacaram a alegria, a felicidade e o amor. Salientamos que, apenas durante a gravidez, as nossas participantes fizeram referência ao sentimento de curiosidade.

*“Sinto muita alegria e felicidade (...) um momento único na minha vida.” G18*

*“A maternidade para mim é sinónimo de amar e cuidar.” M2*

Esta vivência transicional é tradicionalmente associada a sentimentos positivos de alegria e satisfação, através da qual se atinge a realização pessoal e se completa a pessoa enquanto ser humano (Relvas & Lourenço, 2006). Klaus e Klaus (citado por Jager & Bottoli, 2011), referem que sentimentos como a felicidade estão presentes após o nascimento.

A maior parte das nossas entrevistadas, referiram durante a gravidez a curiosidade em conhecer o seu filho, existindo assim o confronto entre o filho imaginado e o filho real. Constatamos também, a forma intensa como realçaram nas suas entrevistas a curiosidade de verem os seus filhos, transparecendo uma certa ansiedade nos relatos proferidos.

*“Estamos a viver este momento com muita alegria e muita curiosidade de o conhecer. Ando quase sempre nas nuvens, só penso como ele vai ser, quando é que chega o momento de o ver (...).” G8*

Neste sentido Santos (2007) partilha da mesma opinião e menciona que durante a gravidez a mulher idealiza e fantasia a criança que vai nascer com uma grande

expectativa, podendo esta atitude envolver um aumento de ansiedade.

Relativamente aos sentimentos negativos, podemos constatar que as nossas entrevistadas referiram o medo do parto, a ansiedade incutida pelos profissionais pelo fator idade, o receio da doença e perda do feto, o medo da existência de malformações e de perder o recém-nascido, a insegurança e a dificuldade em lidar com doenças graves, realçando a morte súbita e situações de engasgamento como fonte principal de preocupação.

*“O meu maior medo é que algo não esteja bem com o meu bebé, ou que algo corra mal durante parto, o meu médico disse-me que com esta idade tínhamos que ter cuidados redobrados.” G2*

*“(...) meu maior receio é que o bebé tenha algum problema grave de saúde e não dar para ver nas ecografias.” G3*

*“(...) tive medo de perder o bebé, porque diziam que quanto mais anos temos a probabilidade de termos abortos e filhos deficientes é maior! (...) enquanto esperei pelo resultado da amniocentese foi um bocadinho angustiante (...)” G6*

*“Tenho medo e algum receio que a minha filha fique doente, sobretudo que surja alguma doença incurável.” M14*

*“O meu medo é ele deixar de respirar, e se engasgar, e eu não sei o que fazer!! (...) tenho medo de o perder!” M31*

Face aos relatos, constatamos, que alguns sentimentos podem traduzir-se numa preocupação, que poderá ser considerada excessiva, tanto em relação à gravidez como no pós-parto. Na gravidez, esta preocupação poderá estar relacionada, na forma como os profissionais de saúde, transmitem a informação a este grupo específico durante as consultas. Deste modo, uma grande parte das nossas entrevistadas realça a ansiedade que é incutida pelos profissionais devido ao fator idade. As nossas participantes relataram ainda que, os profissionais mencionam que existe maior incidência do risco de malformações em idade reprodutiva tardia, incentivando a realização da amniocentese, aumentando a ansiedade, medos e receios nestas mulheres em idade reprodutiva tardia.

No período pós-parto, esta preocupação poderá estar relacionada, com os ensinamentos que são efetuados em contexto de internamento durante o puerpério, relativamente à

prevenção do síndrome de morte súbita e também formas de atuação em situações de engasgamento, podendo ser considerado com um agente dificultador no processo de transição para a parentalidade.

Num estudo elaborado por Mendes (2007, 2009), esta autora também fez referência ao facto das suas entrevistadas manifestarem preocupação e verbalizarem alguns medos de doenças e perda.

Na maternidade constatamos que existe uma ambivalência de sentimentos próprios desta etapa, tendo início na gravidez. Barros (2004) complementando a ideia anterior, refere que a ambivalência afetiva, medo, tensão e ansiedade são alguns dos sentimentos característicos do período gravídico. Como sabemos, esta ambivalência de sentimentos também tem continuidade no período pós-parto, referindo Travassos e Féres (2013) que na vivência da maternidade os sentimentos ambivalentes caminham lado a lado, principalmente, nos primeiros tempos da relação mãe-filho.

Assim sendo, a irreversibilidade da maternidade coloca a grávida frequentemente perante novas emoções, pensamentos, angústias e alegrias. Os medos relacionados com a perda do feto e perda da sua própria autonomia, contrastam e equilibram-se de algum modo com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe (Figueiredo & Silva, 2005).

Seguidamente apresentamos a discussão dos constituintes-chave que surgiram apenas no contexto da gravidez.

#### Sentir-se preparada para ser mãe

Uma grande parte das nossas entrevistadas refere que a opção de ser mãe em idade tardia, apresenta maiores benefícios, pois têm uma vida mais estável, estão mais preparadas para assumirem o papel de mãe e encaram a maternidade com maturidade e de uma forma mais responsável.

*“Acho que nesta idade já tenho que estar preparada para ser mãe, por isso eu e o meu marido decidimos esperar até agora, temos sempre algum receio, mas com esta idade é diferente, acho que encaramos a vida e a chegada de um filho de maneira diferente, de forma responsável e com mais maturidade.” G15*

Do ponto de vista emocional, relata-se uma postura facilitadora do processo de transição para a maternidade da mulher após os 35 anos. Nestes casos existe uma maior maturidade, melhores condições de saúde mental e diminuição do medo. Também se identificam algumas vantagens psicológicas das gestantes com idade avançada, entre elas a experiência de vida e uma identidade mais consolidada, o que faz com que estejam mais preparadas para aceitar o filho como um indivíduo separado e com características próprias, promovendo com maior êxito o seu desenvolvimento emocional (Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008).

### A gravidez e a preparação para o parto e parentalidade como fases da transição do papel parental

Uma grande maioria das nossas entrevistadas considera que a gravidez e a preparação para o parto e parentalidade são fases cruciais na transição do papel parental, permitindo esta fase uma consciencialização progressiva na sua adaptação ao papel de mãe.

*“Acho que isto é por etapas, primeiro preparamo-nos para a gravidez, depois para o parto e depois para sermos pais, não conseguimos pensar em tudo ao mesmo tempo.” G30*

*“Acho que é com a gravidez, que começamos a tomar consciência que brevemente vamos ser pais, depois é tudo muito progressivo, vemos as semanas de gravidez a passar a barriga a crescer e agora já começamos a pensar na preparação para o dia do parto.” G33*

A transição para a parentalidade está relacionada com a mudança a diferentes níveis, exigindo um processo de adaptação onde importa cumprir um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas. De acordo com Figueiredo (2004), existe assim, a resolução de algumas tarefas iniciadas durante a gravidez, permitindo, a construção da relação com o novo ser, enquanto indivíduo com vida própria. A resolução sucessiva das várias tarefas na maternidade permite ascender a níveis de organização cada vez mais complexos no sentido de promover uma melhor adaptação ao papel de mãe.

### Alterações e desconfortos na gravidez

Algumas entrevistadas, referiram que por vezes, sem motivo aparente, choram e têm



crises de ansiedade, sendo esta uma resposta natural às alterações hormonais responsáveis por estas mudanças súbitas de humor durante a gravidez. Constatamos na realização das entrevistas, que uma grande maioria refere alterações significativas, não encarando da melhor forma as mudanças intrínsecas ao estado gravídico.

*“Existem muitas modificações a todos os níveis quer físicos quer psicológicos, acontece tudo ao mesmo tempo... afeta a nossa vida e modifica-a para sempre. Mas os enjoos e ver o nosso corpo a mudar... não é fácil, depois ficamos um pouco fragilizadas com tudo, às vezes quando dou por mim estou a chorar.” G7*

Uma pequena minoria das nossas entrevistadas, referiram também, não terem constatado nenhum tipo de alterações nem modificações durante a gravidez, afirmando que por vezes se esqueciam que estavam grávidas.

*“Está a ser tudo muito gradual e a correr muito bem não tive enjoos, nem vômitos, nunca dormi mal, enfim parece que não estou grávida.” G5*

Verificamos assim que, apenas casos pontuais mencionaram não terem nenhum tipo de alterações durante a gravidez, mas como referimos anteriormente, constatamos que um maior número de participantes faz referência às alterações vividas na gravidez, apresentando uma certa dificuldade em lidar com todas estas alterações. Segundo Santos (2007), as alterações hormonais e o desenvolvimento fetal, alteram psicologicamente a mulher, repercutindo-se no seu comportamento e emoções.

Relativamente ao pós-parto, surgiram os seguintes constituintes chave, que apresentamos de forma sucinta.

#### Destaque do papel parental na sociedade

A maior parte das nossas participantes destacaram que no contexto social os pais, ocupam um lugar diferente na sociedade, aquando o nascimento de um filho, estes passam a ser vistos pela sociedade de forma diferente, com mais maturidade e responsabilidade assumindo um papel de família perante a sociedade. O casal sente-se assim, integrado na sociedade partilhando os mesmos espaços, conversas e experiências com os outros casais.

*“A partir do momento que constituímos uma família somos vistos, como pais, pessoas com mais responsabilidade, até porque agora temos um filho para cuidar e educar.” M8*

*“Confesso que esta é uma nova fase é um momento de viragem nas nossas vidas, existem muitas mudanças, por exemplo, agora já vamos ao parque passear com o nosso filho e encontramos os outros pais, paramos e falamos, antes não era assim, até evitávamos esses sítios, agora as pessoas já nos olham com outros olhos.” M15*

O nascimento de um filho marca uma nova etapa na vida de um casal, implicando mais responsabilidades (Mendes, 2007, 2009). Salientamos que, as nossas entrevistadas encaram que o facto de terem filhos é a integração efetiva na sociedade. Na opinião de Canavarro (2006, p.192) esta menciona que ter um filho é encarado como um “símbolo de perpetuação da espécie, a criança representa a identidade sexual, integridade psíquica e a integração social do indivíduo e do casal.”

#### Visão das mães sobre a sociedade e o adiamento da maternidade

Uma grande maioria das nossas entrevistadas realça que a sociedade não encara da melhor forma o adiamento da maternidade, chegando mesmo a exercer uma certa pressão, fazendo comentários negativos sobre uma decisão que é única e exclusivamente do casal.

*“Às vezes é um bocado impossível! Cada um tem que decidir a melhor altura para ser mãe, neste caso pais, existe muita pressão por causa da idade...., ou é a família ou são os amigos a fazer comentários pouco próprios!” M28*

*“A história é sempre a mesma, já tens uma idade, tens que pensar nisso, demoras-te muito a ir ao médico ver o que se passa, já não tens idade para cuidar do bebé...enfim...fartamo-nos um bocado das pessoas e destes comentários chega ao ponto de as evitarmos.” M35*

No seguimento dos testemunhos das nossas entrevistadas, Barbosa e Rocha (2007) referem que a sociedade faz pressão relativamente à opção do casal no que diz respeito à maternidade, insistindo de uma forma que chega a ser desagradável e constrangedora. No complemento desta opinião Canavarro (2006) menciona que “Existe todo um contexto ideológico, social e cultural que rodeia o indivíduo e, que de uma forma mais ou menos

explicita o pressiona no sentido da maternidade/paternidade” (p.192).

### Responsabilidade no desempenho do papel parental

Uma grande parte das nossas entrevistadas considera que a responsabilidade parental surge após o nascimento trazendo grandes preocupações e responsabilidades como podemos confirmar pelos extratos dos seus relatos.

*“É uma grande responsabilidade pois temos nas nossas mãos o futuro de uma pessoa e temos que proporcionar-lhe todos os meios para que se desenvolva da melhor maneira.”*  
M11

*“Acho que enquanto pais é nosso dever ensinar a nossa filha a ser uma pessoa responsável, de bem, que saiba amar, e esteja, dentro do possível, preparada para a vida um dia quando faltarmos... nessa altura espero já ter transmitido todos os princípios e valores de que ela necessita.”* M21

Uma grande parte das nossas entrevistadas consideram que ter um filho é uma responsabilidade acrescida, querendo proporcionar-lhe o melhor, transmitindo-lhe todos os seus valores e princípios. Tal como refere Canavarro (2006) “ter um filho pode significar perpetuar-se, para transmitir a outro o seu destino (...)” (p.192).

### Reestruturação do conceito de família

A transição da vida a dois para a vida em família exige adaptações do casal, permanecendo todas as funções anteriores acrescida da função de pais, surgindo o conceito de família.

*“O nascimento de um filho é um momento único e começa desde cedo a provocar grandes mudanças (...), principalmente, na rotina familiar.”* M17

*“Não é um período fácil...estamos a aprender aos poucos a viver a três.”* M22

A opinião das nossas entrevistadas é unânime, quando referem a transformação e adaptação das suas vidas, com a chegada do primeiro filho, pois, segundo Relvas e

Lourenço (2006), após o nascimento de um filho, o homem e a mulher têm que desenvolver novos papéis e funções enquanto pai e mãe. Santos (2007) destaca ainda que, esta é uma fase de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, verificando-se uma mudança de identidade e de papéis, permitindo uma integração e adaptação à nova vida.

### ● Transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade

Salientamos que na análise das entrevistas das nossas participantes, a grande maioria aponta como causa principal da decisão do adiamento da maternidade, os determinantes sociais e apenas uma pequena minoria das nossas grávidas refere os determinantes biológicos e psicológicos como causa do adiamento da maternidade.

Existem vários determinantes envolvidos na decisão de adiar a maternidade sendo encarada como uma opção de vida que envolve diferentes questões, como encontrar um parceiro, investir na carreira e adquirir independência económica e afetiva (Barbosa & Rocha, 2007).

Relativamente aos determinantes biológicos, tal como referimos no enquadramento teórico, o adiamento da maternidade implica o declínio da fertilidade, existindo posteriormente problemas na conceção. Neste sentido, algumas das nossas participantes referem que engravidaram nesta idade, por receio de não conseguir uma gravidez espontânea no futuro, outras referem dificuldade em engravidar sendo encaminhadas para as consultas de infertilidade. Os dois extratos das entrevistas que se seguem evidenciam duas situações inerentes aos relatos efetuados pelas grávidas nas entrevistas.

*“Optamos pela gravidez nesta fase das nossas vidas por achar que (...) se adiasse mais depois podia não conseguir.” G7*

*“Eu e o meu marido já estávamos a tentar há 4 anos e fomos encaminhados para a consulta de infertilidade (...)” G10*

Fundamentando o relato das nossas entrevistadas e tendo em conta as pesquisas efetuadas, Maldonado (citado por Lima et al., 2009), constata que, com o avançar da

idade na mulher, existe um desequilíbrio hormonal, não se verificando a ovulação de forma regular, a causa poderá atribuir-se à ansiedade e conflitos inerentes à maternidade, gerando inibição da ovulação e até mesmo espasmos das trompas verificando-se casos de infertilidade.

No que diz respeito aos determinantes psicológicos uma pequena parte da nossa população em análise, salientaram que o facto de adiar a maternidade não estava relacionado com o facto de não quererem ter filhos, mas sim, por referirem não se sentir preparadas para assumirem o papel de mãe quando eram mais jovens.

Como destaca Maldonado (citado por Lima et al., 2009), mesmo com o planeamento da gravidez, a mulher passa por um processo de transição existencial, embora de uma forma mais calma, sendo necessária uma preparação psicológica adequada.

Na opinião das nossas grávidas entrevistadas, a decisão da gravidez é uma decisão do casal, exigindo uma preparação psicológica prévia, pois, ambos decidem quando é o melhor momento para realizarem o sonho de terem um filho.

Scavone (citado por Rodrigues, 2008) realça que muitas mulheres vivenciam a maternidade tardia simplesmente pela dúvida de querer ou não ser mães, não se sentindo preparadas psicologicamente para assumirem o papel de mães.

Um facto interessante é as grávidas afirmarem que só nesta faixa etária é que se sentem preparadas para serem mães, referindo ainda uma “visão egoísta” da maternidade, mencionando ser uma das razões que levam ao adiamento da gravidez, embora também evidenciem o receio da perda de liberdade e independência com a chegada de um filho.

*“Adiei porque achamos que ainda não estava na altura, não estávamos preparados, sempre gostamos de sair conviver não ter planos, talvez seja uma visão um bocado egoísta mas foi como sempre fizemos.” G16*

*“(...) não sei se podemos chamar de egoísmo, mas existiam algumas coisas que queríamos fazer antes da chegada de um filho pois a nossa liberdade fica comprometida quer queiramos quer não, quase deixamos de ser independentes.” G24*

Neste seguimento, encontramos alguma similaridade nos relatos das nossas entrevistadas e nos relatos das participantes presentes num estudo elaborado por Benzies et al. (2006) que mencionava que, após os 35 anos queriam ter a certeza que

estavam preparadas para terem filhos, considerando este momento o ideal, não querendo sentir que estavam a “perder” alguma coisa importante nas suas vidas antes de tomarem esta importante decisão.

Por último, os determinantes sociais surgem nas declarações da maior parte das nossas entrevistadas, como fator principal do adiamento da maternidade, é notório a forma como mencionam que adiaram a maternidade, apontando a independência, estabilidade financeira, carreira profissional e académica e a procura do “par ideal” como os principais aspetos influenciadores desta decisão.

*“A decisão de sermos pais só agora, foi sem dúvida, pela situação académica e a estabilidade profissional e financeira, hoje em dia é muito importante e na fase em que nós estamos, temos que ponderar muito bem. O contexto económico não podia ser pior! (...).” G12*

*“O facto de não encontrar a pessoa certa para ser o pai do meu filho, andar demasiado ocupada a nível profissional, não ter condições necessárias para o criar, levou-me a deixar a vida pessoal um pouco de parte...” G6*

*“No fundo também se proporcionou, e tínhamos um certo receio com a chegada de um bebé de perder ou comprometer a nossa liberdade...depois também nunca pensei assim a fundo nesta questão, não sentia vontade ou não estava preparada, casei mais tarde também, aproveitei a vida com o meu marido até não querer mais e resolvermos assentar e agora chegou o momento.” G2*

As condições socioeconómicas e a competitividade presente no mercado de trabalho exige qualificações profissionais e mais tempo de estudo, o que cria um impasse entre o tempo ideal para o desenvolvimento da carreira profissional e o tempo ideal para a mulher engravidar (Travassos & Féres, 2013).

Fatores como a crescente entrada de mulheres para mundo do trabalho e a necessidade de realização profissional, leva a que um número muito significativo de mulheres tenha filhos numa idade em que o seu potencial fértil está a diminuir (Canavarro, 2006).

Teixeira (1999) afirma que, o adiamento da maternidade é devido a fatores como priorização da formação universitária, estabilidade no trabalho, exercício de atividade profissional, união tardia, novas uniões, ajustes financeiros de acordo com o padrão que se considera ideal, sendo confirmado pelos resultados do nosso estudo.

Constatamos assim, a existência de um número crescente de mulheres que adiam a maternidade, aguardando pelo momento ideal para o nascimento dos seus filhos. Nesta decisão está inerente a situação social/económica, a preparação psicológica/maturidade e a criação de relações afetivas mais estáveis. Por outro lado, a idealização das novas funções femininas e das relações amorosas gera expectativas mais intensas e contribui para que algumas mulheres julguem necessário adiar a realização do desejo de ser mãe.

- **Transição para a parentalidade e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade**

#### Aquisição conhecimentos

Nos relatos efetuados pelas nossas participantes, uma grande parte reconhece, que os conhecimentos adquiridos durante o curso de preparação para o parto e parentalidade são essenciais na preparação do casal no processo da maternidade.

*“Estes cursos são importantes (...).Os conhecimentos que se adquirem (...) estão a permitir o nosso esclarecimento enquanto casal em relação a tudo.” G2*

Os cursos permitem transmitir informações importantes para a preparação do casal durante a gravidez. Sendo assim, nesta situação os casais procuram ajuda especializada, recorrendo aos cursos de preparação para o parto e parentalidade, permitindo diminuir medos e ansiedades (Antunes et al., 2006).

Neste sentido, a grávida vai assim adquirir novos conhecimentos e competências durante o período gestacional, sendo estes cruciais na transição segura para a maternidade, permitindo assim, uma integração efetiva no seu papel de mãe (Mendes, 2002).

Constatamos que algumas das nossas entrevistadas referem que o conhecimento adquirido nem sempre é suficiente e adequado às necessidades, considerando que existe um excesso de transmissão de informação nos cursos, tornando-se confuso, sendo importante filtrar e selecionar a informação transmitida.

*“(...) deviam fazer uma seleção do que ensinam no curso, é que chega a um ponto que ficamos baralhados..” G5*

*“Gosto muito de ir ao curso, aprende-se muito, mas acho que às vezes ensinam coisas*

*demais, chego a pensar que não é suficiente para o que eu realmente sinto falta de apreender.” G22*

Carolan (2007) destaca que o aumento da informação fornecida diminui o medo, mas a maior parte da informação não complementa as necessidades destas mulheres.

As nossas participantes referem ainda que, o curso de preparação para o parto e parentalidade, permite não só tirar dúvidas como também, diminuir o medo, a ansiedade e insegurança inerentes a esta etapa.

*“(...) são várias as angústias e dúvidas que afloram sistematicamente ao meu pensamento e nada como estes cursos para ajudar a não ter medo.” G24*

*“Confesso que o que nos ensinaram no curso de preparação para o parto, foi importante não só pela informação que transmitiram, mas também, porque permitiu partilhar dúvidas e medos.” M9*

É fundamental a contribuição dos profissionais de enfermagem na compreensão dos sentimentos e receios mais comuns das gestantes que estão a viver este evento complexo, visando à otimização da assistência pré-natal, nomeadamente, a educação para a saúde (Lima et al., 2009). Na opinião de Couto (2006) a preparação para o parto e parentalidade é um meio para alcançar um objetivo, informando e esclarecendo dúvidas, tornando conhecido o desconhecido, desmistificando medos, anseios e receios. Para Darvil e colaboradores (citado por Graça, 2010), a frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade e as informações proporcionadas pelos profissionais contribuem para aumentar os sentimentos de controlo das situações sendo essencial no processo de transição para a maternidade.

### Presença e envolvimento do pai

Na visão das nossas entrevistadas, estas consideram que o envolvimento do pai é importante para a sua adaptação e preparação ao seu novo papel em relação ao nascimento de um filho.

*“No curso incentivaram o meu companheiro (...) a estar sempre presente do meu lado, eu concordo que o pai também tenha que estar preparado para cuidar do bebé.” G17*



*“Estes cursos ajudam a clarificar o papel do pai, no que ele deve fazer e incentiva a ajudar em casa e a tratar do bebé.” M22*

Atualmente o pai prepara de forma diferente a sua paternidade acompanhando a gestação da mulher passo a passo, participando ativamente neste processo. Tornou-se uma figura importante, durante as consultas peri-natais, na realização dos exames ecográficos, nas aulas de preparação para a parentalidade e no nascimento, elaborando de outra forma a representação mental do bebé (Bayle, 2005). Complementando a ideia anterior, Colman e Colman (1994) considera que os pais devem estar mais presentes nos cuidados e em momentos especiais como é o caso do nascimento.

Algumas entrevistadas fizeram uma análise comparativa entre o “pai do presente” e o “pai do passado”, referindo que atualmente existe uma nova visão do papel do pai, verificando-se uma participação mais ativa, assumindo também um papel equitativo na educação dos filhos.

*“É fundamental o pai estar presente. O pai tem que estar preparado agora já não é como no tempo dos nossos pais ou avós, que eram só as mães que cuidavam dos filhos e o pai olhava de longe.” G7*

*“No tempo dos nossos pais e avós o pai estava pouco presente...nos nossos dias a presença do pai é vista de forma diferente. Eu acho que é importante o pai estar presente para me apoiar e ajudar quando tiver alta do hospital (...).” G20*

Complementando a opinião das nossas entrevistadas, um estudo realizado por Balancho (2004), faz referência a uma análise comparativa entre o pai do passado e o pai atual. Os dados obtidos no seu estudo indicam que o pai do passado era prepotente, ausente e distante a nível emocional, contrariamente à visão do pai atual, visto como, mais presente e próximo afetivamente.

Sabemos que nas últimas décadas a visão do pai tem vindo a ser alterada, nomeadamente, o direito de ver nascer o seu filho e de permanecer junto da companheira participando ativamente na vivência desta experiência única.

Os relatos obtidos através das nossas entrevistadas estão de acordo com a pesquisa efectuada. Gomes (2005) evidencia que foi a partir dos anos 70 que emergiu uma nova

imagem do pai, comprometido com o suporte económico e educação dos filhos, assumindo também, os cuidados em qualquer fase do seu desenvolvimento. Neste seguimento, Colman e Colman (1994) mencionou que a imagem do pai se expandiu ao longo das décadas, sendo considerado um progenitor ativo e envolvido nos cuidados à família.

### Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade é um processo complexo, sendo o curso de preparação para o parto e parentalidade o momento ideal para apoiar os pais neste processo de transição. A frequência nestes cursos é benéfica, permitindo que o casal tenha uma preparação adequada neste processo de transição para a parentalidade.

*“Senti-me mais confiante em relação ao papel de mãe, e o meu marido também pensa o mesmo, acho que ele está mais preparado para desempenhar o papel de pai, o curso está a ajudar-nos muito nesta etapa.” G17*

*“O curso de preparação para o parto ajuda-nos muito com o período da gravidez, amamentação, o momento do parto, e os cuidados iniciais do bebé. Sem dúvida que ficamos mais preparados para cuidar do nosso filho.” M9*

Como refere Guedes e Canavarro (2013) as “Intervenções psicoeducativas focadas nos casais devem promover uma perspetiva realista acerca das alterações emocionais e reorganizações conjugais decorrentes da transição para a parentalidade” (p.285). Salientamos que os cursos de preparação para o parto e parentalidade permitem uma intervenção ativa por parte do EESMO, auxiliando o casal numa das etapas mais importantes das suas vidas.

Uma grande parte das nossas entrevistadas referiu que o convívio com os outros casais durante o curso, foi muito positivo, permitindo partilhar experiências, dúvidas e receios proporcionando, calma e segurança necessárias para uma melhor adaptação e transição para a parentalidade.

*“O convívio com outras grávidas no curso é importante, partilhamos experiências, sentimentos, falamos sobre as mudanças que ocorrem durante a gravidez e falamos*

*sobre outros aspetos da maternidade, até dos mais banais (como compras), eu acho que é muito importante, uma vez que estamos a sentir e a viver as mesmas coisas.” G1*

*“O convívio com outras grávidas permite a troca de experiências e percebemos que muitos dos receios e ansiedades são comuns, o que me deixa mais tranquila (...).” G23*

Na opinião de Santos (2007) “(...) a intervenção em grupos de grávidas pode ser um espaço privilegiado para a transmissão de informação e para a verbalização de ansiedades e expectativas relativas à gravidez e puerpério” (p.47).

Neste sentido, a intervenção em grupo funciona como suporte para as grávidas, diminuindo a ansiedade, favorecendo trocas e partilha de vivências e reflexões sobre as mesmas, existindo a oportunidade de falar abertamente durante estes cursos de preparação para o parto e parentalidade, permitindo também uma melhor adaptação e transição para a parentalidade.

#### Transmissão da informação por parte dos profissionais

O EESMO apresenta um papel extremamente importante durante os cursos de preparação para o parto e parentalidade, proporcionando o apoio necessário e disponibilidade no esclarecimento de todas as dúvidas, facilitando a adaptação e transição no processo de parentalidade.

Como podemos observar pela grande parte dos relatos das nossas participantes, estas evidenciam a disponibilidade e o papel do EESMO, sendo este fundamental, no esclarecimento das dúvidas, permitindo a adaptação ao papel materno.

*“(...) a Enfermeira explica muita coisa (...) ela não quer que ninguém fique com dúvidas, até incentiva para fazermos perguntas.” G1*

*“Sinto-me mais preparada para ser mãe agora que frequento este curso, o que aprendemos com a Enfermeira deu para aprofundar os conhecimentos que já tinha e estou a aprender outros muito importantes.” G14*

Na opinião de Meleis (citado por Amendoeira, 2006) esta menciona que, os Enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição, ocorrendo mudanças no estado de saúde. Constatamos que, durante os

curso os EESMO são facilitadores do processo de transição, que por sua vez facilitam o processo de adaptação, permitindo que o indivíduo alcance maior sensação de bem-estar, possibilitando neste caso específico a adaptação em pleno ao papel materno e paterno.

Contudo, uma pequena minoria das nossas entrevistadas manifesta de certa forma a indisponibilidade em geral dos profissionais, atribuindo como principal fator, a idade e o nível de escolaridade elevado, referindo que, a atenção dada pelos profissionais não se faz de forma equitativa, deixando transparecer um certo desagrado manifestando um sentimento de exclusão.

*“Em alguns momentos senti alguma falta de apoio para quem decide ser mãe mais tarde, como é o meu caso, talvez por pensarem que a idade deveria ser sinónimo de maior informação e preparação (...)”* G7

*“(...) muitas vezes partem do princípio que eu como pessoa mais velha já sei...e não é verdade... a idade e a profissão que temos não quer dizer que sabemos tudo.”* G23

Este tipo de atitudes deve ser evitada pelos profissionais de saúde, visto que, prejudica a relação entre Enfermeira/Grávida/Acompanhante, realçando Guedes e Canavarro (2013) que “Os profissionais de saúde devem estar conscientes da diversidade de contextos que enquadram a gravidez em Idade Materna Avançada, evitando atitudes baseadas em perspetivas reducionistas e estigmatizadoras que podem interferir na relação terapêutica” (p.285).

Todas as nossas entrevistadas, atribuem maior ênfase à parte prática durante o curso, principalmente, nos cuidados ao recém-nascido, sugerindo também a continuidade do curso no pós-parto como solução para a resolução de todos os problemas.

*“O curso é bom e ajuda mas acho que devia ser um curso mais prático em relação aos cuidados ao bebé, fazia falta... nem que fosse com um boneco, para exemplificar a mudar as fraldas, pegar no bebé, dar banho, essa parte foi mais teórica, mas devia ser mais prática.”* G5

*“Na altura frequentei o curso, porque achei que seria produtivo, sempre quis preparar-me para fazer o melhor pelo meu filho e penso que estes cursos nos ajudam muito, devia de existir um curso pós-parto era a nossa “salvação”, até desapareciam metade dos problemas.”* M11

No seguimento destes relatos e complementando o nosso estudo, as entrevistas efetuadas pelo autor Couto (2003) no seu estudo de investigação, também evidenciaram a existência de uma necessidade acrescida das participantes, relativamente à parte prática dos cuidados a prestar ao recém-nascido durante o curso de preparação para o parto e parentalidade. Na opinião de Santos (2007), este refere mesmo que a “preparação para o parto deve ser um momento de praticabilidade constante, não só em aspetos pedagógicos, mas também futuros” (p.46).

Evidenciamos ainda que, nenhuma das nossas participantes frequentou o curso de preparação para o parto e parentalidade no pós-parto por inexistência dos cursos na área de residência, sendo considerado nos seus relatos como fundamentais. De acordo com a opinião das nossas participantes, Santos (2007) no seu estudo, considera que o processo de aprendizagem perante a grávida seria benéfico se houvesse uma certa continuidade temporal, ou seja a preparação para o parto e parentalidade deveria ser iniciada precocemente e apresentar continuidade regular.

A maior parte das nossas entrevistadas, destacaram a importância do apoio dos profissionais no contexto de internamento, realçando ser fundamental a continuação do apoio no domicílio por uma equipa especializada, principalmente na impossibilidade de frequentarem um curso de preparação pós-parto.

*“(...) o apoio que recebi das Enfermeiras do hospital sobre amamentação, primeiro banho e segurança no automóvel, foram suficientes. Temos é um internamento curto para ouvirmos todos os ensinamentos que as Enfermeiras fazem...também gostava que existisse uma equipa que viesse a casa e ajudasse a tirar dúvidas, assim substituíria o curso pós-parto...” M18*

Salientamos que a racionalização de custos e prevenção de infeções hospitalares, exige uma tendência para a diminuição do período de internamento da puérpera e do recém-nascido após o parto, o que faz com que a visita domiciliária seja uma atividade fundamental para a continuação de cuidados durante o puerpério. Na literatura mais recente muitos defendem como medida de suporte na adaptação à parentalidade, a visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família, no período pós-parto. Assim, na perspetiva de Graça (citado por Almeida, 2011), referem que a visita domiciliária poderá ser um recurso que as mães podem utilizar para minimizar as suas dificuldades.

- **Transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho**

Insegurança nos cuidados a prestar ao filho

No regresso a casa surgem as primeiras dúvidas, referindo algumas das participantes que os primeiros dias são os mais difíceis, surgindo assim a insegurança nos cuidados que prestam ao recém-nascido.

*“Os tempos mais complicados foram os primeiros 15 dias (...) não foi nada fácil.” M13*

*“Todos os cuidados a ter com o nosso filho provoca inseguranças e depois vem todas as outras coisas, a amamentação, o banho, as cólicas, o choro, as doenças, e tudo isto faz com que me sinta insegura para tratar dele...” M24*

Como refere Mendes (2007, 2009) no seu estudo a pouca ou nenhuma experiência materna e paterna no cuidar do recém-nascido, leva a que possam surgir receios, podendo suscitar dúvidas, nos posicionamentos, higiene, entre outros.

Experiência ao cuidar do filho

Como podemos constatar pelos extratos que se seguem, a maior parte das nossas entrevistadas não considera a experiência de cuidar do filho cansativa, referindo apenas ser uma questão de mudança e adaptação a uma nova situação.

*“Não acho muito cansativo cuidar do bebé, temos é que nos adaptar (...).” M11*

*“(...) eu não acho assim cansativo como a maioria das pessoas diz, claro que temos que mudar algumas coisas na nossa vida, mas fazemos tudo pela nossa filha.” M27*

Realçamos que, a maior parte das nossas entrevistadas, não considera cansativo a experiência de cuidar do filho, referindo ser uma questão de adaptação. Achamos estes relatos de certa forma interessante, podendo estar relacionados com o facto de serem mães em idade reprodutiva tardia, visto que referem maior maturidade e preparação psicológica, sendo esta a altura ideal para assumirem o papel de mães. O autor Benzies et al., (2006), também partilha da mesma opinião, mencionando que as mulheres em

idade tardia referem ter adiado a maternidade, porque só agora se sentiam preparadas para assumirem o papel de mães e também porque desejavam em primeiro lugar, alcançar os seus objetivos pessoais.

### Transformação e adaptação das rotinas diárias pela dedicação ao filho

Um filho exige muitas horas de cuidados, sendo inevitável mudanças no estilo de vida pré-existentes. A grande maioria das nossas participantes refere uma grande transformação a nível das rotinas diárias em resultado de uma dedicação exclusiva aos filhos.

*“Sinto que o nosso filho mexeu muito com as nossas rotinas agora já estamos habituados, mas no início tive dificuldade ....” M2*

*“O nosso filho tem as suas rotinas dormir, comer, brincar, etc., que gosta de ver cumpridas. Tem uma personalidade forte e já sabe o que quer. Claro que as rotinas dele tem que ser cumpridas em primeiro lugar, já as nossas ficam para segundo plano, mas, já nos adaptamos a esta situação.” M34*

Na maternidade tardia com o nascimento de um filho, aumenta o número de tarefas e responsabilidades para as mulheres. Esta etapa exige sucessivas mudanças nas rotinas diárias existindo uma dificuldade inicial, seguida de uma adaptação à situação (Rodrigues, 2008).

### Participação do pai nos cuidados ao filho

Como podemos observar nos extratos das entrevistas que se seguem, atualmente o pai é um interveniente ativo e presente tanto na partilha e divisão das tarefas diárias como nos cuidados que presta ao filho.

*“Sim, o meu marido e eu partilhamos todas as tarefas com o nosso filho, (...). Somos uma verdadeira equipa.” M11*

*“O pai é a pessoa mais próxima, e vai ajudando. Contudo, a maior parte dos cuidados à bebé são praticamente todos da minha responsabilidade.” M27*

*“Até fiquei surpreendida pela positiva e agradou-me muito a participação dele a cuidar do nosso filho.” M34*

A maior parte das nossas entrevistadas considera positivo a participação do marido/companheiro nos cuidados, evidenciando que mesmo que não seja uma ajuda efetiva, o facto de participar e de se envolver nos cuidados é importante no relacionamento com o filho.

Neste seguimento, considera-se que o pai nos dias de hoje passou a ser aquele que se envolve e cuida ativamente dos filhos em todas as áreas da educação e socialização (Balancho, 2004).

Segundo Canavarro (2006), verifica-se cada vez mais comportamentos maternos nos homens, nunca os pais cuidaram tantos dos seus filhos como atualmente. No surgimento desta nova paternidade, verificam alterações no papel parental, quer pela existência de laços afetivos mais fortes que promovem a construção da tríade pai-mãe-filho, quer pela sua participação na gravidez, no parto e no pós-parto, assim como no dia-a-dia da família, tarefas outrora centralizadas na figura materna.

#### Gerir o tempo para o autocuidado e os cuidados ao filho

No regresso a casa os cuidados centram-se no filho, desvalorizando o tempo necessário para cuidar de si própria, existindo assim necessidade de uma gestão adequada do tempo no sentido de conciliar o autocuidado e os cuidados ao filho.

*“Acho que a parte mais difícil é a gestão do tempo, é que temos que arranjar tempo para tudo e com a bebé não é fácil, primeiro é sempre ela a ser cuidada, depois se sobrar tempo...é que tiro para mim...” M5*

*“Quando tenho que sair de casa, não é fácil gerir o tempo, nas primeiras saídas chegava sempre atrasada, primeiro arranjava o meu filho e eu ficava pra último, nem maquilhagem nem nada era sempre a correr.” M27*

Na opinião de Rodrigues (2008) é importante a administração do uso do tempo, utilizando-o de maneira consciente, no sentido da mulher separar um tempo exclusivo para se dedicar a ela própria, diminuindo o stress do dia-a-dia. As mulheres no período pós-parto devem ser incentivadas a proporcionar tempo para si, visto que, com a



chegada de um filho diminui o tempo para o autocuidado sendo importante na satisfação das suas necessidades. Damiano e Teixeira (citado por Rodrigues, 2008) mencionam que o uso do tempo por estas mulheres é uma questão que merece a nossa atenção, pois é um recurso mensurável porém escasso. Saber administrar o tempo é importante para alcançar a satisfação de necessidades e atingir objetivos.

### Regresso e adaptação ao trabalho

No regresso ao trabalho também está implícito a dificuldade na gestão do tempo, existindo assim novas tarefas e rotinas, acrescidas às já existentes, exigindo mudanças e uma progressiva adaptação com o aparecimento de um filho no contexto familiar. A opinião das nossas entrevistadas é unânime quando falam no regresso ao trabalho, mencionando como principais dificuldades a separação, o conciliar de horários e as alterações de rotina diárias.

*“A principal dificuldade foi o ajuste de horários. De manhã levantar-me e arranjar-me a mim e ao meu filho e depois deixá-lo na creche e ir para o trabalho foi um pouco complicado.” M31*

*“Confesso que me custou imenso regressar ao trabalho. Inicialmente deparei-me com dificuldade em conciliar os horários com o trabalho e conciliar as rotinas que tinha antes com as que vão surgindo agora. Posso dizer que agora, já deu algum tempo para me adaptar e agora tenho as coisas mais organizadas.” M25*

A maior parte das nossas entrevistadas referem o momento da separação com o filho como um acontecimento difícil no regresso ao trabalho, ficando mais angustiadas e preocupadas principalmente, quando não têm familiares próximos e têm que recorrer aos infantários e às creches.

*“(...) Custou-me imenso regressar ao trabalho, o problema foi deixar a minha filha aos cuidados de pessoas que não conhecia na creche. Agora já me habituei mas no início não foi fácil, agora encontro-me mais tranquila, pois sei que a minha filha é bem tratada e acarinhada.” M5*

*“Agora já passaram uns meses, mas a separação do meu filho no início, foi o que custou mais (...) até chorei quando vim trabalhar, custou-me muito essa parte, no primeiro dia*

*passei o dia a telefonar e a chorar.” M31*

A experiência da separação tende a ser perturbadora e como refere Lopes, Alfaya, Machado e Piccinini (2005) a fusão entre mãe e filho neste período é intensa, sendo difícil para a mãe separar-se do seu filho. No estudo elaborado por estes autores, 66% das mães mencionaram sentimentos negativos relacionados com a separação, tristeza, medo, ansiedade, pena e outros e somente 8% referiram sentimentos positivos durante as separações. Estes sentimentos positivos estavam associados especialmente ao sentimento de confiança das mães em relação aos cuidadores, sendo que as nossas participantes referiram este sentimento de confiança numa fase tardia.

Salientamos ainda que as creches/infantários têm sido a escolha de várias famílias por diversos motivos, desde a necessidade de encontrar solução para os cuidados das crianças em famílias que as mães trabalham fora, até à busca de um espaço de socialização para a criança. Na opinião de Piccinini e Rapoport (2004), a sociedade entende que a formação de novas gerações passa cada vez mais pelas creches e escolas, sendo benéfico para o futuro destas crianças.

- **Transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal**

#### Partilha das tarefas domésticas

O nascimento do primeiro filho provoca profundas transformações na vida do casal, sendo considerada uma época de mudanças e reajustamentos onde se verifica uma complexa adaptação. A alteração das rotinas familiares é inevitável com o nascimento de um filho, podendo verificar-se um desajustamento capaz de interferir ao nível do bem-estar do relacionamento do casal. A partilha de tarefas devem ter início na gravidez no sentido do casal se adaptar de forma progressiva, a todas as mudanças que envolvem o processo da maternidade.

Uma grande maioria das nossas entrevistadas refere que a partilha ou colaboração nas tarefas é gratificante, como observamos nos relatos que se seguem.

*“(...) o facto do meu companheiro colaborar em todas as tarefas é gratificante (...)” G33*

*“É certo que a mãe tem um papel mais relevante no cuidado do bebé, mas quando surge uma ajudinha extra é sempre bem- vinda, principalmente vinda do pai. Quando as tarefas*

*são partilhadas e realizadas com sucesso ficamos os dois satisfeitos.” M31*

Tanto na gravidez como no pós-parto o papel do pai tem sofrido alterações ao longo dos tempos, sendo que atualmente o pai, tem um papel mais ativo estando também mais presente. A maior parte das nossas entrevistadas refere que, o companheiro/marido ajuda e participa na divisão das tarefas, mencionando que, mesmo que não seja de forma equitativa, consideram gratificante sendo uma grande ajuda nesta etapa.

Balancho (2004) refere que na segunda metade dos anos oitenta, surge uma nova mudança, acentuando-se a representação social do pai, nomeadamente, na partilha de tarefas domésticas e educativas. Na opinião de Teixeira (citado por Santos, 2007) este refere que se verificam alterações no papel parental, quer pela existência de laços afetivos mais fortes que vão promover a construção da tríade pai-mãe-filho, quer pela sua participação na gravidez, no parto e no pós-parto, assim como no dia-a-dia da família, tarefas outrora centralizadas na figura materna.

#### Modificação no relacionamento conjugal

A gravidez e o pós-parto são períodos caracterizados por um conjunto de alterações e modificações com impacto significativo, implicando o reajustar do casal no plano afetivo e relacionamento sexual. A relação conjugal que antes era única, passa a ser uma relação parental com foco de atenção principal no filho. Neste sentido, o casal tem que se adaptar à transformação ocorrida no relacionamento de forma a encontrar um reequilíbrio na relação.

*“Posso dizer que, encontramos formas de nos relacionar diferentes das que tínhamos anteriormente, mas mantemos a nossa intimidade, também falamos muito sobre o assunto, o que ajuda o nosso relacionamento enquanto casal.” G26*

*“Não é fácil... mas acho que a nível emocional é difícil para os dois, estamos a aprender a viver de uma outra forma, é uma fase de adaptação a uma nova vida que foi transformada com a chegada do nosso filho.” M13*

Podemos constatar pelo relato das nossas participantes que uma grande parte assume que é uma fase difícil, confirmando que as transformações e modificações ocorridas no relacionamento são inevitáveis com o nascimento de um filho mencionando que é uma

questão de adaptação. Mendes (2007, 2009) também obteve relatos similares nas entrevistas das participantes do seu estudo, referindo que o relacionamento sexual e afetivo do casal, a intimidade, privacidade e sexualidade passam a ser ocupados com o nascimento de um filho.

Realçamos ainda que no período pós-parto, denota-se a vulnerabilidade que as nossas participantes se encontram, verificando-se um distanciamento entre o casal, causando uma certa instabilidade emocional, pois, embora mencionem a compreensão por parte do companheiro relativamente à relação, estas referem que não agem como tal, desvalorizando a situação, não lhe prestando o apoio necessário, como podemos constatar nos relatos das entrevistas que se seguem.

*“Pela minha experiência verifiquei que ele nem sempre compreende as alterações que aconteceram na nossa vida. Ele diz que compreende...mas a verdade é que os homens nem têm a noção, dizem uma coisa mas depois...fazem outra, o que me deixa um pouco triste!” M11*

*“Acho que às vezes ficamos distantes um do outro, no início a relação sofreu um abanão, o meu marido compreende mas reclama a minha atenção.” M15*

Os relatos obtidos revelam que uma pequena minoria das nossas entrevistadas no período pós-parto, realçaram que são várias as alterações que existem com a chegada de um filho e nem sempre são compreendidas pelo companheiro, provocando sentimentos de tristeza e incompreensão causando também, alguns conflitos no relacionamento.

Silva e Figueiredo (citado por Mendes, 2007, 2009) mencionam que nesta fase a dificuldade encontrada no relacionamento sexual encontra-se intimamente ligada com a questão da atenção que é disponibilizada para os respetivos companheiros. O grande desafio é não negligenciar a relação conjugal. Relvas e Lourenço (2006) citando Ausloos mencionam que é difícil para o casal, que vive a realização do nascimento do seu filho, correr o risco de um afastamento ou rutura no seu relacionamento. No estudo apresentado por Mendes (2007, 2009), os pais referiram o distanciamento da companheira pela dedicação exclusiva ao filho, mas compreendiam e respeitavam sempre o momento, verbalizando saberem esperar, contrariando a opinião das participantes do nosso estudo.

### Diminuição do tempo para o casal

Com a maternidade existe uma diminuição de tempo para o relacionamento do casal, pois todo o tempo é dedicado ao filho, existindo uma dificuldade em conciliar o papel parental com o papel conjugal.

*“Depois de tudo preparado, à noite tentamos sempre deixar um tempo livre para nós e a verdade é que até agora conseguimos estar juntos no final do dia, de outra forma era impossível.” G17*

*“Compreendemos os dois...mas...é difícil....porque temos pouco tempo um para o outro e antes tínhamos todo o tempo do mundo, com a presença do nosso filho ficamos sem tempo para nós.” M24*

*“(...) parece que já não somos um casal, parece que somos só pais, essa parte parece que ficou para segundo plano (...).” M35*

A maior parte das nossas entrevistadas durante a gravidez destacaram o facto de conseguirem arranjar tempo para o casal e para estarem juntos, contrariamente ao sucedido no pós-parto.

O casal vive em função do filho, tal como referem Relvas e Lourenço (2006), a vida sexual do casal é inevitavelmente influenciada pelo nascimento, marido e mulher olham menos um para o outro e mais para o filho, ocorrendo também outros obstáculos que interferem numa sexualidade satisfatória, como excesso de tarefas parentais, excessiva ansiedade e preocupação.

Neste seguimento, não podemos esquecer a perturbação que o nascimento implica para o casal na sua intimidade e sexualidade, pois só assim é possível, cuidar da relação do casal de modo a que prossiga de forma satisfatória (Relvas & Lourenço, 2006).

- **Transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos**

### Mudanças no convívio social

O convívio social é importante para o casal, tendo início já na gravidez uma diminuição acentuada da convivência com os amigos. Após o nascimento, as nossas participantes referem uma diminuição brusca na convivência com os amigos, verificando-se um certo isolamento social.

*“Realmente a vida muda um bocado...e agora grávida não me apetece sair muito à noite, a verdade é que sempre saímos com os nossos amigos e agora custa-nos um pouco...”*  
G28

*“Com um bebé em casa tudo muda, não podemos sair quando queremos, acho que agora as saídas são diferentes, também notamos que os nossos amigos já não nos convidam tantas vezes, agora com o bebé é mais difícil...”* M17

Shelton e Jonhson (2006) referem que sentimentos de isolamento e perda da liberdade podem surgir, contrapondo-se às experiências anteriores de autonomia e independência.

No período pós-parto, a maior parte das nossas entrevistadas referiram que principalmente, nos primeiros meses passaram a viver em função do filho, existindo primeiro uma adaptação, e só depois progressivamente, é que surgem as primeiras saídas.

*“Nós já sabíamos que a parte dos convívios ia ser difícil de manter com o nascimento do nosso filho.”* M22

*“A vida mudou muito! A prioridade em termos de escolhas passou a ser o nosso filho. O primeiro mês foi complicado, nem dava para sair. Agora já começamos a sair mais vezes e juntamos alguns amigos nossos que também têm filhos pequenos.”* M18

Relvas e Lourenço (2006) evidenciam que após o parto verifica-se algum isolamento por parte da mulher, agravando-se a solidão, pois existe uma maior disponibilidade para cuidar do filho, recuperar fisicamente, mas por outro lado, a separação e a distância de colegas e amigos pode tornar-se dolorosa, associado a um contexto em que as famílias residem longe e não se conhece os vizinhos, sendo cada vez mais frequente, a existência de uma família nuclear surgindo um grande isolamento social e relacional.

### Existência de suporte familiar

O apoio da família e do companheiro assume grande importância, visto que, este é um período de grandes alterações e modificações, ficando a mulher mais vulnerável, necessitando de todo o apoio da família, para se sentir mais segura e confiante nesta etapa.

*“(...) os meus pais e futuros avós, já têm experiência com os outros netos e estão sempre dispostos a ajudar, já agora na gravidez me ajudam e já se disponibilizaram para tomar conta da neta quando eu começar a trabalhar.” G4*

As entrevistadas referiram anteriormente que os avós são os principais cuidadores, mas na ausência destes, ainda podem contar com outros familiares próximos para o auxílio e apoio em outras tarefas, nomeadamente, o companheiro considerando-o como suporte principal.

*“Infelizmente já não tenho mãe, que seria o meu grande apoio. Mas tenho os meus irmãos, principalmente a minha irmã e a minha cunhada, que vão fazer tudo por tudo para ajudar. A minha irmã e a minha cunhada podem dar uma pequena ajuda. Também conto com o meu marido, ele é um grande apoio.” G13*

Complementando os relatos das nossas entrevistadas, Rodrigues (2008) refere que as mulheres apontam o suporte do marido/companheiro como o principal entre os apoios recebidos. As mulheres que vivenciam a maternidade tardia não são diferentes, contando com o apoio das suas redes sociais.

As nossas entrevistadas realçam através dos seus relatos que a decisão de serem pais nesta idade também acarreta outros problemas, nomeadamente a idade dos avós, que por vezes já partiram ou apresentam idades avançadas e estão de certa forma debilitados fisicamente, não participando de forma ativa na educação dos netos.

*“Toda a família (...) quer ajudar e partilhar experiências próprias. Os meus sogros já faleceram, os meus pais embora tenham uma idade, vivem perto de nós e estão sempre disponíveis para ajudar e também adoram o neto.” M7*

*“(...) os meus sogros são um bocadinho doentes, não conseguem tomar conta do bebé.” M11*

Os relatos das nossas entrevistadas deixam transparecer, tal como referem Relvas e Lourenço (2006) que os avós são uma fonte de suporte incondicional. O relacionamento com os avós é considerado benéfico, referindo Matthey e colaboradores (citado por Mendes, 2007, 2009), que o ajustamento no pós-parto é positivamente influenciado pela relação com os avós maternos e paternos.

As mulheres que se tornam mães destacam os familiares mais próximos (avós, tios, primos) como os mais importantes no suporte familiar, fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos e oferecendo suporte emocional (Rodrigues, 2008).

#### Apoio de amigos e vizinhos na ausência de suporte familiar

Muitas vezes destituídos de família próxima, recorrem ao apoio dos amigos e vizinhos identificando-os como um suporte crucial, existindo assim uma relação de inter-ajuda e apoio constante, embora na maior parte das vezes, tentem resolver a situação entre o casal, recorrendo também a creches/infantário.

*“É assim, a minha família não está próxima... mas tenho uma família de amigos muito unida e somos todos muito próximos, estamos todos na mesma situação e contamos uns com os outros para ajudar no que for necessário.” G23*

*“Os restantes familiares, embora estejam a viver com a mesma intensidade o crescimento do nosso filho, não podem ajudar porque estão longe. Contamos com a ajuda de alguns amigos próximos da família.” M3*

*“Não temos ajuda de familiares, estão todos longe. Sou só eu e o meu marido, o que não é nada fácil...só em último recurso é que pedimos aos nossos vizinhos, temos que o deixar no infantário, depois é só combinar o horário com o meu marido.” M14*

Os relatos efetuados por algumas das nossas participantes, denota que estas fazem uma projeção do regresso a casa com o seu filho, apresentando como suporte os amigos, recorrendo também a instituições como creches e infantários. No estudo elaborado por Mendes (2007, 2009), as participantes também revelaram o envolvimento dos amigos e dos vizinhos após o nascimento do filho, podendo ser considerado um fator de aproximação com os amigos, dada a distância com outros elementos da família.



## 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO

No seguimento da metodologia prevista para o desenvolvimento do estudo e no sentido de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos estabelecidos, será apresentada uma análise do tipo descritiva e uma análise do tipo inferencial.

### 2.1. Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da *EapSM*

#### Estudo dos itens

Para efeitos de análise dos itens da *Escala de autoperceção de Ser Mãe (EapSM)* calcularam-se as médias, desvios-padrão, correlações item-total, alfa de Cronbach se o item for removido (Quadro 6).

Verificou-se que os itens mais pontuados foram relativos à preocupação que a mãe tem acerca do bebé, nomeadamente, o item 10 ( $M = 1.83$ ;  $DP = .64$ ) e o item 3 ( $M = 1.16$ ;  $DP = .76$ ). Os itens menos pontuados foram o 4 ( $M = .02$ ;  $DP = .15$ ) e o 11 ( $M = .18$ ;  $DP = .47$ ).

O alfa de Cronbach obtido para a escala total foi de .78, sendo um valor considerado razoável (Quadro 7). Eliminando o item 4, obter-se-ia um alfa de Cronbach de .79, valor que não aumenta significativamente a consistência interna da escala.

Os resultados obtidos para a maioria dos itens revelaram a existência de uma correlação item-total positiva e moderada (correlação item-total > .30). De salientar que os itens 1, 4, não cumpriram esses requisitos, apresentando correlações de .24 e .10, respectivamente, sendo os itens que constituem o fator proximidade emocional.

Na análise de cada uma das subescalas, nomeadamente na escala experiência como adulta, verificou-se uma melhoria do valor de alfa de Cronbach caso se eliminasse o item 8, obtendo-se um alfa de Cronbach de 0.71 (Apêndice III). Na subescala experiência com o bebé/criança não se verificou uma melhoria significativa do valor de alfa de Cronbach

caso se eliminasse alguns dos itens (Apêndice III). Na subescala proximidade emocional o valor de alfa foi inadmissível, o que indica que esta subescala tem fraca fiabilidade (Apêndice III).

**Quadro 6.** Médias, desvios-padrão, correlações item-total, alfa de Cronbach se o item for removido e coeficientes para cada item e para o total ( $N = 137$ )

<i>EapSM</i> itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Item- total <i>r</i>	$\alpha$ se o item for removido
1. Senti-me confiante ao cuidar do meu bebé/da minha criança.	.27	.46	.24	.78
2. Sinto saudades da vida que eu tinha antes de engravidar deste bebé/desta criança (ou no caso das mães adoptivas: antes de ter este bebé/esta criança).	.55	.71	.40	.77
3. Tem sido difícil lidar com o choro do meu bebé/da minha criança.	1.16	.76	.39	.77
4. Tenho-me sentido próxima do meu bebé/da minha criança.	.02	.15	.10	.79
5. Tenho-me sentido sozinha ou isolada.	.79	.74	.51	.76
6. Tenho-me sentido entediada.	.37	.73	.41	.77
7. Tenho-me sentido pouco apoiada.	.69	.73	.53	.76
8. Não tive problema em pedir ajuda ou aconselhamento a outras pessoas quando necessitei.	.88	.84	.44	.77
9. Senti-me nervosa ou apreensiva junto ao meu bebé/à minha criança	.56	.72	.46	.77
10. Preocupa-me que algo suceda ao meu bebé/à minha criança	1.83	.64	.43	.77
11. Tenho andado aborrecida ou irritada com o meu bebé/a minha criança.	.18	.47	.46	.77
12. Preocupa-me não ser tão boa mãe como as outras mães.	1.05	.77	.48	.76
13. Sinto-me culpada.	.28	.58	.43	.77

**Quadro 7.** Consistência interna da escala total e das subescalas da *EapSM* ( $N = 137$ )

	<i>M</i>	<i>DP</i>	$\alpha$
Experiência com o bebê/criança	5.06	2.52	.70
Experiência como adulta	3.28	2.51	.69
Proximidade emocional	.29	.49	.02
Total	8.63	4.55	.78

Na análise da assimetria e achatamento, o item 4 poderá ser problemático, com distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica, com valores de assimetria ( $S > 3$ ) e curtose ( $K > 7$ ) acima do recomendado (Quadro 8).

**Quadro 8.** Estatística descritiva da *EapSM* ( $N = 137$ )

Item	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>M<sub>o</sub></i>	<i>DP</i>	Min	Máx	Skewness	Kurtosis
1	.27	0	0	.462	0	2	1.273	.215
2	.55	0	0	.706	0	2	.883	-4.98
3	1.16	1	1	.760	0	3	-.074	-.838
4	.02	0	0	.147	0	1	6.606	42.259
5	.79	1	1	.742	0	3	.582	-.238
6	.37	0	0	.728	0	3	2.082	3.850
7	.68	1	0	.727	0	3	.812	.173
8	.88	1	1	.841	0	3	.601	-.414
9	.56	0	0	.716	0	2	.876	-.546
10	1.83	2	2	.637	0	3	-.017	-.207
11	.18	0	0	.468	0	2	2.736	6.864
12	1.05	1	1	.770	0	3	.304	-.359
13	.28	0	0	.578	0	2	1.979	2.802

Através da análise da matriz de correlações entre as três subescalas da *EapSM* com o total da escala, verificou-se que todas as correlações foram estatisticamente significativas (Quadro 9). Analisando as correlações entre as subescalas, verificou-se que os seus

valores não se encontram dentro do intervalo ideal (.5 a .6), contudo, as subescalas experiência com o bebé/criança e experiência como adulta apresentaram correlações altas com a escala total.

**Quadro 9.** Matriz de correlações entre as subescalas e a escala total da *EapSM* ( $N = 137$ )

	Experiência com o bebé/criança	Experiência como adulta	Proximidade emocional
Experiência com o bebé/criança	–		
Experiência como adulta	.33**	–	
Proximidade emocional	.20*	.30*	–
Total	.80**	.79**	.38**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

## Análise fatorial exploratória

### Ajustamento

Para estudar a estrutura fatorial da versão portuguesa da BaM-13, optou-se por utilizar o procedimento seguido pelo autor da versão original (Matthey, 2011), assim os 13 itens foram submetidos a uma análise fatorial exploratória em componentes principais, seguida de rotação varimax. O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $\chi^2 = 401.45$ ,  $p < .001$ ), demonstrando que a matriz de intercorrelações foi significativamente diferente da matriz de identidade, logo, continha adequada variância comum para iniciar a análise de componentes principais. Para a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi encontrado um valor de .76, resultado que revela uma boa adequação dos dados para posterior análise. De acordo com a matriz correlacional, todos os itens da *EapSM* correlacionaram-se relativamente bem com todos os outros e nenhuma dessas correlações é demasiado grande, pelo que não se colocou a questão de eliminar itens. Na matriz correlacional anti-imagem, observou-se valores superiores a 0.5 em todos os itens, exceto no item 4 ( $r = .41$ ).

### **Retenção de fatores**

Tendo em consideração o critério teórico do autor da escala na sua versão original que assume que a *EapSM* é trifatorial, forçou-se a extracção a três fatores.

A solução trifatorial explicou 50.53% da variância total. Apresentamos a solução fatorial de 3 fatores e respectivas saturações dos itens que o compõem (Quadro 10).

**Quadro 10.** Solução de 3 fatores e respectivas saturações

<b>Itens</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
13	<b>.76</b>	-.09	.03
9	<b>.70</b>	-.03	.23
8	<b>.64</b>	.14	-.02
11	<b>.60</b>	.18	.02
12	<b>.56</b>	.29	.01
10	<b>.55</b>	.01	.45
7	.51	<b>.50</b>	-.11
5	.25	<b>.66</b>	.21
1	-.09	<b>.65</b>	.06
2	.03	<b>.62</b>	.52
3	.35	<b>.60</b>	-.39
6	.18	.38	<b>.68</b>
4	.01	-.04	<b>.53</b>
$\alpha$	.733	.670	.096

Comparando os alfas de Cronbach dos três fatores obtidos na análise fatorial com os dos fatores da escala original, verificou-se que os valores dos alfas apresentaram resultados semelhantes. A consistência interna foi razoável no fator 1, fraca no F2 e inadmissível no F3. Como não se verificaram diferenças acentuadas entre os alfas de Cronbach e como as dimensões conceptualizadas pelo autor da escala faziam sentido em termos teóricos, optou-se por continuar com a estrutura original da escala e dos fatores.

## Validade convergente

Para avaliar a validade convergente da *EapSM*, realizaram-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as subescalas e o total da *EapSM* com a subescala atitudes para com a gravidez e o bebê do questionário *MAMA* (Quadro 11). Verificou-se a existência de correlações positivas e baixas com significância estatística entre as subescalas experiência como adulta e proximidade emocional da *EapSM* e a subescala atitudes para com a gravidez e o bebê do *MAMA*, e correlações positivas e moderadas entre a subescala experiência com o bebê e o total da *EapSM* e a subescala do *MAMA*.

**Quadro 11.** Correlações de Spearman entre as subescalas e o total da *EapSM* e a subescala do *MAMA* ( $N = 137$ )

	<i>MAMA</i>	
	Atitudes para com a gravidez e o bebê	
<i>EapSM</i>		
Experiência com o bebê/criança		<b>.40**</b>
Experiência como adulta		<b>.25**</b>
Proximidade emocional		<b>.24**</b>
Total		<b>.40**</b>

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

## 2.2. Estatística descritiva

### 2.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra foi constituída por 137 mulheres primíparas (Quadro 12). Os sujeitos distribuíram-se entre os 35 e os 45 anos de idade com uma média de 37.74 anos ( $DP = 2.34$ ). Relativamente ao estado civil, 51.8% das mães são casadas e 43.1% estavam em união de facto. No que diz respeito à duração do relacionamento com o companheiro,

obteve-se uma média de 6.52 anos ( $DP = 3.65$ ). A maior parte dos sujeitos vivia em cidade (64.2%) e apenas 12.4% em aldeias. Em termos de habilitações literárias, verificou-se uma maior prevalência de sujeitos com ensino superior (73%) e uma baixa prevalência de sujeitos com habilitações literárias médias (5.1%). No que concerne à atividade profissional, a maioria dos sujeitos (54.7%) faziam parte do grupo II – Especialistas das atividades intelectuais e científicas. Relativamente ao benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade, 92.7% das primíparas referiram que o curso ajudou na transição para a parentalidade no pós-parto.

**Quadro 12.** Características sociodemográficas da amostra do estudo quantitativo ( $N = 137$ )

	Primíparas			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Máx
Idade	37.74	2.34	35	45
Duração relacionamento (anos)	6.52	3.65	1	18
	<i>n</i>	%		
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	7	5.1		
Casado	71	51.8		
União de facto	59	43.1		
<b>Local Residência</b>				
Cidade	88	64.0		
Vila	32	23.4		
Aldeia	17	12.4		
<b>Habilitações literárias</b>				
Básico	10	7.3		
Secundário	20	14.6		
Médio	7	5.1		
Superior	100	73.0		
<b>Atividade profissional</b>				
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores	4	2.9		

executivos		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	75	54.7
Técnicos e profissões de nível intermédio	23	16.8
Pessoal Administrativo	6	4.4
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	11	8.0
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	7	5.1
Trabalhadores não qualificados	2	1.5
Doméstica	4	2.9
Desempregada	5	3.6
<b>Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade na transição para a parentalidade</b>		
Não	10	7.3
Sim	127	92.7

### 2.2.2. Estatística descritiva da variável autopercepção de ser mãe

Neste subcapítulo procedemos à análise descritiva da caracterização da amostra estudada tendo presente o estudo descritivo das dimensões global da *EapSM* e do *MAMA*.

#### Estudo descritivo das dimensões e do global da *EapSM*

O Quadro 13 apresenta as medidas descritivas das subescalas e do total da *EapSM* da amostra.

Verificou-se que a subescala experiência com o bebé/criança apresentou valores médios mais elevados ( $M = 5.06$ ;  $DP = 2.52$ ). A subescala que obteve valores mais baixos foi a da proximidade emocional ( $M = 0.29$ ;  $DP = 0.49$ ).



**Quadro 13.** Valores descritivos das dimensões e do total da *EapSM* ( $N = 137$ )

	Primíparas				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	Min	Máx
Experiência com o bebê/criança	5.06	2.52	5	1	14
Experiência como adulta	4.16	2.31	4	0	11
Proximidade emocional	0.29	0.49	0	0	2
Total	9.51	4.13	9	1	20

### 2.2.3. Estatística descritiva da variável atitude e ajustamento materno

#### Estudo descritivo das dimensões e do global do *MAMA*

O Quadro 14 apresenta as medidas descritivas das dimensões e do total do *MAMA* da amostra. Verificou-se que a subescala imagem corporal apresentou valores médios mais elevados ( $M = 25.77$ ;  $DP = 5.30$ ). A subescala que tinha valores mais baixos era a relação conjugal ( $M = 21.02$ ;  $DP = 5.36$ ).

**Quadro 14.** Valores descritivos das dimensões e do total do *MAMA* ( $N = 137$ )

	Primíparas				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	Min	Máx
Imagem Corporal	25.77	5.30	26	15	41
Sintomas Somáticos	23.99	4.71	24	15	37
Relação Conjugal	21.02	5.36	20	12	36
Atitudes sexo	22.53	5.51	22	12	40
Atitudes Gravidez bebê	21.98	3.08	22	16	32
Total	115.30	16.33	114	81	166

## 2.3. Estatística inferencial

A estatística inferencial, será apresentada para cada hipótese de investigação enunciada, face aos objetivos do estudo, permitindo assim verificar a existência de relações entre as diferentes variáveis sociodemográficas, a escala *EapSM* e o questionário *MAMA*.

### 2.3.1. Influência das variáveis sociodemográficas na variável autoperceção de ser mãe

**H1** – Há relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração atual do relacionamento, habilitações literárias, atividade profissional) e a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Para testar a hipótese **H1**, foram realizados testes para cada uma das variáveis sociodemográficas e *EapSM* que apresentaremos seguidamente.

#### Idade e *EapSM*

Para estudar a relação entre a idade e a *EapSM*, utilizou-se o coeficiente de correlação Spearman (Quadro 15). Observou-se a existência de correlações negativas em quase todas as subescalas. Todas as relações entre as variáveis não foram estatisticamente significativas.

**Quadro 15.** Correlação de Spearman entre a idade e a *EapSM* ( $N = 137$ )

	Prímiparas	
	$r_s$	$p$
Experiência com o bebé/criança	0.03	0.75
Experiência como adulta	-0.02	0.77
Proximidade emocional	-0.07	0.40
Total	-0.00	0.96

Para explorar a relação entre a idade por categorias e a *EapSM* utilizou-se o teste de Mann-Whitney (Quadro 16). Não se verificou significância estatística em nenhuma das dimensões nem na escala total.

**Quadro 16.** Teste Mann-Whitney entre a idade e a *EapSM* ( $N = 137$ )

Dimensões	Idade				Z	p
	35-39 anos (n = 102)		40-45 anos (n = 35)			
	M	MO	M	MO		
Experiência com o bebê/criança	5.03	68.78	5.14	69.63	1763.00	.913
Experiência como adulta	4.29	71.07	3.77	62.96	1573.50	.292
Proximidade emocional	0.30	70.04	0.26	65.97	1679.00	.501
Total	9.2363	70.11	9.17	65.77	1672.00	.576

### Estado Civil e *EapSM*

Realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o estado civil e a *EapSM* (Quadro 17). Não existiram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da *EapSM* nem na escala total.

**Quadro 17.** Teste de Kruskal-Wallis entre a *EapSM* e o estado civil ( $N = 137$ )

Subescala	Estado Civil	n	MO	$\chi^2$	p
Experiência com o bebê/criança	Solteiro	7	88.93	4.40	.111
	Casado	71	72.89		
	União de facto	59	61.96		
Experiência como adulta	Solteiro	7	49.07	2.24	.326
	Casado	71	71.92		
	União de facto	59	67.85		
Proximidade emocional	Solteiro	7	59.64	1.24	.537
	Casado	71	67.65		
	União de facto	59	71.74		
Total	Solteiro	7	69.07	1.23	.541
	Casado	71	72.50		
	União de facto	59	64.78		

### Local Residência e *EapSM*

Realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o local de residência e a *EapSM* (Quadro 18). Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas da *EapSM* e para a escala total.

**Quadro 18.** Teste de Kruskal-Wallis entre a *EapSM* e o local de residência ( $N = 137$ )

Subescala	Local residência	<i>n</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Experiência com o bebé/criança	Cidade	88	66.84	.99	.609
	Vila	32	70.84		
	Aldeia	17	76.71		
Experiência como adulta	Cidade	88	69.10	.38	.827
	Vila	32	71.34		
	Aldeia	17	64.09		
Proximidade emocional	Cidade	88	69.61	.21	.901
	Vila	32	68.98		
	Aldeia	17	65.88		
Total	Cidade	88	67.48	.37	.832
	Vila	32	71.44		
	Aldeia	17	72.26		

### Duração actual do relacionamento e *EapSM*

Para analisar a relação entre a duração actual do relacionamento e a *EapSM* foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 19). Verificou-se que a subescala experiência com o bebé/criança e a escala total obtiveram correlações negativas com a duração actual do relacionamento. Contudo, nenhuma das correlações teve significância estatística.

**Quadro 19.** Coeficiente de correlação de Spearman para a duração atual do relacionamento e a *EapSM* ( $N = 137$ )

	Prímiparas	
	$r_s$	$p$
Experiência com o bebê/criança	-.10	.250
Experiência como adulta	.02	.821
Proximidade emocional	.00	.965
Total	-.05	.571

Para explorar a relação entre a duração do relacionamento através das 4 categorias e a *EapSM* utilizou-se o teste de Kruskal Wallis (Quadro 20). Não se verificou significância estatística em nenhuma das subescalas nem na escala total.

**Quadro 20.** Teste Kruskal Wallis entre a duração do relacionamento e a *EapSM* ( $N = 137$ )

Dimensões	Duração do relacionamento				$\chi^2$	$p$
	Até 4 anos ( $n = 56$ )	5-8 anos ( $n = 45$ )	9-12 anos ( $n = 28$ )	13-18 anos ( $n = 8$ )		
	MO	MO	MO	MO		
Experiência com o bebê/criança	76.09	60.26	70.66	62.75	4.309	.230
Experiência como adulta	67.42	71.60	75.52	42.63	4.656	.199
Proximidade emocional	69.63	66.50	72.38	66.88	.691	.875
Total	72.01	65.96	72.27	53.63	1.991	.574

### Habilitações literárias e *EapSM*

Realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estudar a relação entre as habilitações literárias e a *EapSM* (Quadro 21). Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente

significativas entre os grupos para nenhuma das subescalas da *EapSM* nem para a escala total.

**Quadro 21.** Teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a *EapSM* ( $N = 137$ )

Subescala	Habilitações Literárias	<i>N</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Experiência com o bebê/criança	Básico	10	79.90	1.32	.724
	Secundário	20	67.28		
	Médio	7	78.21		
	Superior	100	67.61		
Experiência como adulta	Básico	10	63.00	1.60	.659
	Secundário	20	67.88		
	Médio	7	86.21		
	Superior	100	68.62		
Proximidade emocional	Básico	10	63.50	0.51	.917
	Secundário	20	66.88		
	Médio	7	69.29		
	Superior	100	69.96		
Total	Básico	10	71.35	1.33	.721
	Secundário	20	69.75		
	Médio	7	85.00		
	Superior	100	67.50		

### Atividade Profissional e *EapSM*

O teste Kruskal-Wallis foi efetuado para analisar a relação entre a atividade profissional e a *EapSM* (Quadro 22). Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para nenhuma das subescalas da *EapSM* nem para a escala total.

**Quadro 22.** Teste Kruskal-Wallis entre a atividade profissional e a *EapSM* ( $N = 137$ )

Subescala	Atividade Profissional	<i>n</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Experiência com o bebé/criança	Quadros Sup Administração	4	73.25	4.97	.761
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	65.81		
	Tec. nível intermédio	23	76.28		
	Pessoal administrativo	6	85.42		
	Pessoal serviços/vendedores	11	74.50		
	Operários	7	64.07		
	Trab não qualificados	2	27.50		
	Doméstica	4	72.25		
	Desempregada	5	69.00		
Experiência como adulta	Quadros Sup Administração	4	58.13	7.57	.477
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	73.29		
	Tec. nível intermédio	23	59.63		
	Pessoal administrativo	6	72.92		
	Pessoal serviços/vendedores	11	54.91		
	Operários	7	79.86		
	Trab não qualificados	2	24.75		
	Doméstica	4	74.88		
	Desempregada	5	80.60		
Proximidade emocional	Quadros Sup Administração	4	66.88	5.40	.715
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	70.31		
	Tec. nível intermédio	23	76.41		
	Pessoal administrativo	6	72.50		
	Pessoal serviços/vendedores	11	62.27		
	Operários	7	59.64		
	Trab não qualificados	2	50.00		
	Doméstica	4	66.88		
	Desempregada	5	50.00		
Total	Quadros Sup Administração	4	69.38	4.50	.809
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	68.94		
	Tec. nível intermédio	23	68.48		
	Pessoal administrativo	6	82.50		
	Pessoal serviços/vendedores	11	67.23		
	Operários	7	69.93		
	Trab não qualificados	2	16.25		
	Doméstica	4	76.88		
	Desempregada	5	73.20		

## Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a *EapSM*

**H2** – Há relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a autopercepção de ser mãe em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Para testar a hipótese **H2**, foi efetuado o teste Mann-Whitney para estudar a relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a *EapSM* (Quadro 23). Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas da *EapSM* nem para a escala total.

**Quadro 23.** Teste Mann-Whitney entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a *EapSM* ( $N = 137$ )

Dimensões	Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade				Z	p
	Sim (n = 127)		Não (n = 10)			
	M	MO	M	MO		
Experiência com o bebê/criança	5.10	69.32	4.50	64.95	594.50	.735
Experiência como adulta	4.26	70.69	2.90	47.60	421.00	.074
Proximidade emocional	0.29	68.90	0.30	70.25	622.50	.894
Total	9.65	69.70	7.70	60.10	546.00	.460

### 2.3.2. Influência das variáveis sociodemográficas na variável atitude e ajustamento materno

**H3** – Há relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração atual do relacionamento, habilitações literárias, atividade profissional) e as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Para testar a hipótese **H3**, foram realizados testes para cada uma das variáveis sociodemográficas e o questionário *MAMA* que apresentaremos seguidamente.



## Idade e MAMA

Para estudar a relação entre a idade e o MAMA, utilizou-se o coeficiente de correlação Spearman (Quadro 24). Observou-se a existência de correlações negativas em quase todas as subescalas. Todas as relações entre as variáveis não foram estatisticamente significativas, excetuando a relação entre a subescala sintomas somáticos com a idade ( $r_s = -.18$ ,  $p = .03$ ).

**Quadro 24.** Correlação de Spearman entre a idade e o MAMA ( $N = 137$ )

	Primíparas	
	$r_s$	$p$
Imagem Corporal	-.04	.671
Sintomas Somáticos	-.18	.035
Relação Conjugal	-.06	.471
Atitudes sexo	.01	.892
Atitudes Gravidez bebê	-.13	.133
Total	-.11	.198

Para explorar a relação entre a idade por categorias e o MAMA utilizou-se o teste de Mann-Whitney (Quadro 25). Não se verificou significância estatística em nenhuma das dimensões nem na escala total.

**Quadro 25.** Teste Mann-Whitney entre a idade e o MAMA ( $N = 137$ )

Dimensões	Idade				Z	p
	35-39 anos (n = 102)		40-45 anos (n = 35)			
	M	MO	M	MO		
Imagem Corporal	26.08	71.43	24.86	61.91	1537.00	.220
Sintomas Somáticos	24.07	69.24	23.77	68.31	1761.00	.905
Relação Conjugal	21.25	71.28	20.34	62.34	1552.00	.249
Atitudes sexo	22.66	69.03	22.17	68.90	1781.50	.986
Atitudes Gravidez bebê	22.17	71.30	21.43	62.29	1550.00	.243
Total	116.23	71.46	112.57	61.83	1534.00	.215

## Estado Civil e *MAMA*

Realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o estado civil e o *MAMA* (Quadro 26). Verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas para as subescalas Imagem Corporal, Relação Conjugal, Atitudes Sexo, e para o total do questionário *MAMA*.

**Quadro 26.** Teste de Kruskal-Wallis entre o *MAMA* e o estado civil ( $N = 137$ )

Subescala	Estado Civil	<i>n</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Imagem Corporal	Solteiro	7	84.86	6.18	.045
	Casado	71	61.06		
	União de facto	59	76.67		
Sintomas Somáticos	Solteiro	7	80.86	1.49	.474
	Casado	71	65.48		
	União de facto	59	71.83		
Relação Conjugal	Solteiro	6	117.07	12.62	.002
	Casado	71	62.23		
	União de facto	59	71.45		
Atitudes Sexo	Solteiro	6	101.00	6.60	.037
	Casado	71	63.06		
	União de facto	59	72.36		
Atitudes Gravidez bebé	Solteiro	6	70.29	.12	.940
	Casado	71	67.86		
	União de facto	59	70.22		
Total	Solteiro	6	110.21	11.44	.003
	Casado	71	60.86		
	União de facto	59	73.91		

Para analisar quais as categorias do estado civil que diferenciavam entre si em cada subescala com significância estatística, foram realizadas as comparações múltiplas das

médias das ordens com o teste de Dunn (Quadro 27). Verificou-se que, na subescala imagem corporal, as participantes em união de facto apresentaram valores significativamente mais elevados das casadas. Relativamente à subescala relação conjugal, as mães solteiras apresentaram uma distribuição significativamente diferente das mães casadas e em união de facto, sendo nas mães solteiras as que se observaram as maiores pontuações na relação conjugal.

No que diz respeito à subescala atitudes perante o sexo, as solteiras apresentaram valores significativamente superiores do que as casadas. Em relação à escala total, as mães solteiras apresentaram uma distribuição significativamente diferente das mães casadas e em união de facto, sendo nas mães solteiras as que se observaram as maiores pontuações na escala total.

**Quadro 27** – Teste Dunn entre o estado civil e as subescalas do *MAMA* ( $N = 137$ )

Subescala	Estado Civil	Diferença Média	EP	p
Imagem Corporal	Casado – União de facto	-15.606	6.977	.025
	Casado – Solteiro	23.794	15.691	.129
	União de facto – Solteiro	8.188	15.833	.605
Relação Conjugal	Casado – União de facto	-9.224	6.976	.186
	Casado – Solteiro	54.846	15.687	.000
	União de facto – Solteiro	45.622	15.830	.004
Atitudes Sexo	Casado – União de facto	-9.300	6.973	.182
	Casado – Solteiro	37.944	15.682	.016
	União de facto – Solteiro	28.644	15.824	.070
Total	Casado – União de facto	-13.048	6.990	.062
	Casado – Solteiro	49.355	15.718	.002
	União de facto – Solteiro	.36.308	15.861	.022

## Local Residência e *MAMA*

Realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o local de residência e o *MAMA* (Quadro 28). Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas do *MAMA* nem para a escala total.

**Quadro 28.** Teste de Kruskal-Wallis entre o *MAMA* e o local de residência ( $N = 137$ )

Subescala	Local residência	<i>n</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Imagem Corporal	Cidade	88	70.05	2.105	.349
	Vila	32	72.84		
	Aldeia	17	56.32		
Sintomas Somáticos	Cidade	88	67.06	.602	.740
	Vila	32	72.03		
	Aldeia	17	73.32		
Relação Conjugal	Cidade	88	65.04	3.393	.183
	Vila	32	80.09		
	Aldeia	17	68.62		
Atitudes Sexo	Cidade	88	70.89	.574	.751
	Vila	32	65.11		
	Aldeia	17	66.56		
Atitudes Gravidez bebê	Cidade	88	65.08	2.523	.283
	Vila	32	74.78		
	Aldeia	17	78.41		
Total	Cidade	88	67.40	.944	.624
	Vila	32	74.92		
	Aldeia	17	66.15		

## Duração actual do relacionamento e *MAMA*

Para analisar a relação entre a duração atual do relacionamento e as atitudes e o ajustamento materno foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 29). Verificou-se que para a maioria das subescalas do *MAMA* existiu uma correlação

negativa com a duração atual do relacionamento, excetuando para a subescala imagem corporal e para a escala total. Contudo, nenhuma das correlações teve significância estatística.

**Quadro 29.** Coeficiente de correlação de Spearman para a duração atual do relacionamento e o MAMA ( $N = 137$ )

	Prímiparas	
	$r_s$	$p$
Imagem Corporal	.10	.263
Sintomas Somáticos	-.01	.904
Relação Conjugal	-.06	.464
Atitudes sexo	.08	.326
Atitudes Gravidez bebê	-.00	.981
Total	.02	.809

Para explorar a relação entre a duração do relacionamento através das 4 categorias e o MAMA utilizou-se o teste de Kruskal Wallis (Quadro 30). Não se verificou significância estatística em nenhuma das dimensões nem na escala total.

**Quadro 30.** Teste Kruskal Wallis entre a duração do relacionamento e o MAMA ( $N = 137$ )

Dimensões	Duração do relacionamento				$\chi^2$	$p$
	Até 4 anos ( $n = 56$ )	5-8 anos ( $n = 45$ )	9-12 anos ( $n = 28$ )	13-18 anos ( $n = 8$ )		
	MO	MO	MO	MO		
Imagem Corporal	63.54	68.44	77.38	81.06	3.069	.381
Sintomas Somáticos	71.72	57.86	80.36	72.88	6.218	.101
Relação Conjugal	73.37	63.30	74.07	52.75	3.420	.331
Atitudes sexo	65.49	66.50	78.09	75.81	2.333	.506
Atitudes Gravidez bebê	68.63	68.61	68.36	76.00	.268	.966
Total	68.54	63.74	77.86	70.81	2.209	.530

## Habilitações literárias e MAMA

Realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estudar a relação entre as habilitações literárias e o MAMA (Quadro 31). Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para nenhuma das subescalas do MAMA.

**Quadro 31.** Teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e o MAMA ( $N = 137$ )

Subescala	Habilitações Literárias	<i>n</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Imagem Corporal	Básico	10	73.50	.95	.813
	Secundário	20	66.65		
	Médio	7	81.57		
	Superior	100	68.14		
Sintomas Somáticos	Básico	10	76.85	1.82	.610
	Secundário	20	70.98		
	Médio	7	84.36		
	Superior	100	66.75		
Relação Conjugal	Básico	10	74.98	5.38	.146
	Secundário	20	78.08		
	Médio	7	95.00		
	Superior	100	64.82		
Atitudes Sexo	Básico	10	76.65	1.72	.633
	Secundário	20	59.43		
	Médio	7	65.57		
	Superior	100	70.39		
Atitudes Gravidez bebé	Básico	10	80.05	2.21	.531
	Secundário	20	61.70		
	Médio	7	81.64		
	Superior	100	68.47		
Total	Básico	10	76.60	3.01	.39
	Secundário	20	70.90		
	Médio	7	90.93		
	Superior	100	66.33		

## Atividade Profissional e *MAMA*

O teste Kruskal-Wallis foi efetuado para analisar a relação entre a atividade profissional e o *MAMA* (Quadro 32). Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para nenhuma das subescalas do *MAMA* nem para a escala total.

**Quadro 32.** Teste Kruskal-Wallis entre a atividade profissional e o *MAMA* ( $N = 137$ )

Subescala	Atividade Profissional	<i>n</i>	<i>MO</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Imagem Corporal	Quadros Sup Administração	4	67.25	11.72	.164
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	64.53		
	Tec. nível intermédio	23	80.13		
	Pessoal administrativo	6	52.50		
	Pessoal serviços/vendedores	11	81.91		
	Operários	7	97.43		
	Trab não qualificados	2	24.50		
	Doméstica	4	69.38		
	Desempregada	5	55.30		
Sintomas Somáticos	Quadros Sup Administração	4	99.63	10.96	.204
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	61.59		
	Tec. nível intermédio	23	72.35		
	Pessoal administrativo	6	72.17		
	Pessoal serviços/vendedores	11	91.18		
	Operários	7	78.21		
	Trab não qualificados	2	55.25		
	Doméstica	4	92.88		
	Desempregada	5	61.20		
Relação Conjugal	Quadros Sup Administração	4	65.00	11.98	.152
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	64.54		
	Tec. nível intermédio	23	73.17		
	Pessoal administrativo	6	81.33		
	Pessoal serviços/vendedores	11	80.32		
	Operários	7	100.00		
	Trab não qualificados	2	26.75		
	Doméstica	4	38.25		
	Desempregada	5	78.30		

Atitudes Sexo	Quadros Sup Administração	4	91.25	5.39	.715
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	68.28		
	Tec. nível intermédio	23	73.93		
	Pessoal administrativo	6	61.83		
	Pessoal serviços/vendedores	11	64.68		
	Operários	7	71.36		
	Trab não qualificados	2	18.75		
	Doméstica	4	66.75		
	Desempregada	5	76.00		
Atitudes Gravidez bebé	Quadros Sup Administração	4	55.50	4.711	.788
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	69.95		
	Tec. nível intermédio	23	70.72		
	Pessoal administrativo	6	66.92		
	Pessoal serviços/vendedores	11	64.95		
	Operários	7	72.21		
	Trab não qualificados	2	17.00		
	Doméstica	4	75.88		
	Desempregada	5	79.90		
Total	Quadros Sup Administração	4	73.63	9.87	.274
	Prof. Intelectuais e Científicas	75	64.23		
	Tec. nível intermédio	23	74.83		
	Pessoal administrativo	6	70.33		
	Pessoal serviços/vendedores	11	82.27		
	Operários	7	93.71		
	Trab não qualificados	2	11.25		
	Doméstica	4	65.25		
	Desempregada	5	70.80		

## Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e o *MAMA*

**H4** – Há relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Para testar a hipótese **H4**, foi efetuado o teste Mann-Whitney para estudar a relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e o *MAMA* (Quadro 33). Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas para



nenhuma das subescalas do *MAMA*.

**Quadro 33.** Teste Mann-Whitney entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e o *MAMA* ( $N = 137$ )

Dimensões	Benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade				Z	p
	Sim (N = 127)		Não (N = 10)			
	M	MO	M	MO		
Imagem Corporal	25.87	69.71	24.40	60.00	545.00	.455
Sintomas Somáticos	24.05	69.48	23.30	62.90	574.00	.613
Relação Conjugal	21.18	70.38	19.00	51.45	459.50	.145
Atitudes sexo	22.72	70.50	20.20	49.95	444.50	.114
Atitudes Gravidez bebê	22.05	69.89	21.20	57.65	521.50	.345
Total	115.87	70.41	108.10	51.10	456.00	.138

2.3.3. Influência da variável atitude e ajustamento materno na autopercepção de ser mãe

**H5** – Há relação entre as atitudes e o ajustamento materno e a autopercepção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Para testar a hipótese **H5**, cruzaram-se as pontuações obtidas na escala *EapSM* com as pontuações obtidas no questionário *MAMA* (Quadro 34). Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação de Spearman.

Entre o total do questionário *MAMA* e a subescala experiência como adulta, observou-se uma associação linear estatisticamente significativa muito baixa ( $r_s = .19$ ).

Encontrámos correlações moderadas entre as subescalas atitudes perante a gravidez e o bebê com a subescala experiência com o bebê/criança e com o total da *EapSM*, e entre o total do *MAMA* com a subescala experiência com o bebê/criança. A correlação encontrada entre o total das duas escalas foi de .36, uma correlação baixa e estatisticamente significativa.

**Quadro 34.** Matriz de correlações entre as subescalas e a escala total da *EapSM* e do *MAMA* ( $N = 137$ )

	Experiência com o bebê/criança	Experiência como adulta	Proximidade emocional	Total
Imagem Corporal	.20*	.08	.10	.16
Sintomas Somáticos	.34**	.10	-.09	.22**
Relação Conjugal	.32**	.28**	-.06	.32**
Atitudes Sexo	.33**	.03	.08	.21*
Atitudes Gravidez				
Bebé	.40**	.25*	.24**	.40**
Total	.48**	.19*	.02	.36**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

#### 2.3.4. Estudo preditivo dos sintomas somáticos maternos

**H6** – A idade materna e a experiência com o filho predizem os sintomas somáticos maternos em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Para testar a hipótese **H6**, realizámos uma regressão linear múltipla.

O pressuposto da independência dos erros foi validado com a estatística de Durbin-Watson ( $d = 1.76$ ). Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade, pelo que não houve necessidade de eliminar nenhuma variável ( $VIF = 1.002$ ). Os pressupostos de linearidade, homocedasticidade e distribuição normal foram validados graficamente. Não se encontraram outliers.

As correlações das variáveis estão apresentadas no Quadro 35. Como se pode constatar, todas as correlações foram significativas entre a variável dependente e as variáveis independentes. A correlação entre os dois preditores não foi significativa.

**Quadro 35.** Correlação entre a idade e experiência com o bebê e os sintomas somáticos ( $N = 137$ )

	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-.151	.039
Experiência com o bebê/criança	.393	.000
Idade x Experiência com o bebê/criança	.050	.282

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade ( $\beta = -.171$ ;  $t(134) = -2.184$ ;  $p = .031$ ) e experiência com o bebê/criança ( $\beta = .401$ ;  $t(134) = 5.133$ ;  $p < .0001$ ) como preditores significativos de sintomas somáticos (Quadro 36). Assim, constatou-se que maiores pontuações na experiência com o bebê/criança e quanto mais jovem for a mãe, mais sintomas somáticos esta apresenta.

O modelo preditivo foi estatisticamente significativo,  $F(2, 134) = 15.04$ ;  $p < .001$ , revelando que o modelo é ajustado e capaz de prever a variável dependente. A idade materna e a experiência com o bebê/criança explicam aproximadamente 18% da variância de sintomas somáticos ( $R^2 = .18$ ,  $R^2$  ajustado = .17).

O modelo final ajustado é dado pela seguinte fórmula:

Sintomas somáticos =  $33.166 - 0.344$  (idade) +  $0.750$  (experiência com o bebê/criança)

**Quadro 36.** Regressão múltipla entre a idade e a experiência com o bebê/criança e os sintomas somáticos ( $N = 137$ )

	<i>B</i>	<i>EP B</i>	$\beta$	<i>p</i>
<b>Modelo 1</b>				
Constante	33.17	5.96		
Idade	-.34	.16	-.17	.031
Experiência com o bebê/criança	.75	.15	.40	.000



### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO

Esta investigação foi elaborada com o intuito de estudar os fatores que poderiam influenciar a parentalidade, em idade reprodutiva tardia, em mães pela primeira vez. Tendo isto em consideração, a amostra foi constituída por 137 primíparas em idade reprodutiva tardia e foram questionadas acerca da sua experiência como mãe, o ajustamento e atitudes maternas, no sexto mês após o parto. Nesta investigação apresentaremos com base em cada um dos objetivos propostos as respectivas hipóteses formuladas.

#### OBJETIVO 1, OBJETIVO 2, OBJETIVO 3

No objetivo 1 definido no nosso estudo, pretendíamos descrever a autoperceção de ser mãe, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto, no objetivo 2 efetuámos o estudo das propriedades psicométricas da *EapSM* que consiste numa escala que avalia a experiência da mulher na maternidade no período pós-parto. Para tal, e de acordo com o objetivo 3 adaptámos a escala *The Being a Mother Scale (BaM-13)* para a língua portuguesa, originando a versão portuguesa do *BaM-13: Escala de autoperceção de Ser Mãe (EapSM)*. Tendo em conta a pesquisa efetuada, a escala ainda não foi validada em outros países. O alfa de Cronbach obtido para a escala total no nosso estudo é semelhante ao do estudo de validação (Mathey, 2011). Para as subescalas experiência com o bebé/criança e experiência como adulta, foi obtido um alfa de Cronbach fraco, porém, para a subescala proximidade emocional foi obtido um alfa inadmissível. Tendo isto em conta, todos os dados obtidos com a subescala proximidade emocional devem ser interpretados com cautela. Na análise exploratória forçada a 3 fatores, obteve-se algumas variações na saturação dos itens em cada subescala, comparativamente com a escala original. Contudo, optou-se por manter as subescalas originais por razões teóricas, visto que, na literatura (Brown, Lumley, Small, Astbury, 1994; Mauthner, 1999; Nicolson, 1999), vários temas têm surgido de forma consistente, tais como, a relação da mãe com o seu filho, o suporte e estruturas sociais, sentimento de confiança e de perda, nível de fadiga e a experiência de amamentação.

Na análise da validade convergente, verifica-se que todas as subescalas e a escala total da *EapSM* estão significativamente correlacionadas com a subescala do *MAMA*, atitudes para com a gravidez e o bebê. Este resultado indica que a *EapSM* mede o construto a que propõe medir, a experiência da maternidade.

#### OBJETIVO 4

No objetivo 4 proposto para o nosso estudo pretendíamos analisar a relação das variáveis sociodemográficas e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade com a autopercepção de ser mãe, avaliada pela escala *EapSM*, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto. Para tal foram testadas as hipóteses 1 e 2, que serão descritas seguidamente.

**H1** – Há relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração atual do relacionamento, habilitações literárias, atividade profissional) e a autopercepção de ser mãe em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

No que diz respeito à hipótese 1, constatámos que as relações entre as variáveis sociodemográficas e a *EapSM* não foram estatisticamente significativas neste estudo.

Na literatura, não há consenso dos estudos relativamente à idade e às restantes variáveis sociodemográficas.

Um estudo realizado por Rocha, Bezerra, e Campos (2005), constatou o baixo défice de orientação das primíparas adolescentes acerca de como cuidar do recém-nascido, esperando receber ajuda dos pais e familiares. Neste seguimento, Mendes, Cortesão, Sousa, e Carvalho (2011), referiram uma ligeira tendência para que a idade se correlacione negativamente com a autopercepção materna nas competências no cuidar do recém-nascido. Na opinião de Belo (2006), as mães mais velhas percebem maiores competências para cuidar de recém-nascidos. Na investigação realizada por

Ribas, Moura, e Bornstein (2007), verificou-se que as mães mais velhas apresentam uma autopercepção mais positiva no desempenho do papel parental.

Em relação às habilitações literárias, existe evidência de relação entre o nível de escolaridade e a autopercepção materna no cuidar do recém-nascido (Mendes et al., 2011). Pedrosa e Mendes (2011) afirmam que quanto mais elevadas as habilitações literárias, maior a percepção materna das suas competências. Uma grande parte da nossa amostra devido ao elevado grau de escolaridade exerce uma actividade profissional. Estes resultados realçam a opinião manifestada por Arias (2011), referindo que actualmente a maioria das mães exerce uma actividade laboral, reflexo do actual contexto socioeconómico da sociedade ocidental que se traduz numa modificação do papel social da mulher.

Ercegovic, Ljubetić, Pericic (2013), realizaram um estudo com 468 mães de crianças em idade pré-escolar em que avaliava o efeito das características sociodemográficas maternas nas percepções maternas. Concluíram que a idade e o nível de educação não se relacionavam significativamente com as percepções maternas. Por outro lado, constataram que o local de residência e o estado civil determinavam as variáveis parentais.

Estudos realizados por Gonnya, Nelin, Jones, Rowe, Becher e Broussard (citados por Carmona, Vale, Ohara, & Abrão, 2014) mencionam que a percepção materna parece não estar relacionada com raça ou condição socioeconómica, embora considerem que tais variáveis possam ter impacto no futuro desenvolvimento da criança. Existem autores que evidenciam que a percepção materna tem início na gravidez e está directamente relacionada com as variáveis sociodemográficas. Complementando esta ideia, Colman e Colman (1994) mencionam que a forma como a gravidez é vivenciada e integrada depende da interação de diversos factores tais como a idade materna, a sua história pessoal, os antecedentes obstétricos e o contexto socioeconómico. Neste seguimento, alguns autores consideram que as mães com um estatuto socioeconómico médio ou alto estabelecem, geralmente, um ligação afectiva mais positiva do que as mães com estatuto socioeconómico baixo (Martins, 2012). Na opinião de Figueiredo (citado por Martins, 2012), embora não sejam encontradas diferenças significativas no estabelecimento emocional das mães com estatutos socioeconómicos diferentes, as mães com um estatuto médio ou elevado proporcionam ao seu filho mais oportunidades de estimulação, concretamente a estimulação verbal, quando comparadas com mães com um estatuto menos elevado.

**H2** – Há relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e a autopercepção de ser mãe em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Na hipótese 2, a análise dos dados permite-nos confirmar que não existe relação significativa entre o curso de preparação para o parto e parentalidade e a autopercepção de ser mãe, visto que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas da *EapSM*.

Os resultados deste estudo quantitativo, diferem dos obtidos na análise das entrevistas realizadas às nossas participantes no âmbito do estudo qualitativo, estas mencionaram o curso de preparação para o parto e parentalidade benéfico e fundamental, contribuindo para o bem-estar, diminuindo a ansiedade e o medo, aumentando a autoconfiança, proporcionando ao casal o desenvolvimento de capacidades e habilidades para cuidarem do filho. Salientaram ainda que a frequência no curso é considerado benéfico, sendo um contributo importante para a construção da identidade materna, pois o conhecimento e a compreensão destas experiências são fundamentais, permitindo a transição da mulher para a maternidade.

Complementando a ideia anterior, Mendes (2002) refere que o período gestacional permite uma construção e consolidação progressiva, com o objetivo de preparar a mulher para ser mãe, adquirindo assim novos conhecimentos e competências durante o período gestacional, sendo estes cruciais na transição segura para a maternidade, permitindo assim, uma integração efetiva no seu papel de mãe. Na opinião de Santos (2007) o curso de preparação para o parto e parentalidade deve ser considerado um meio privilegiado de transmissão de informação e conhecimentos sobre a gravidez, trabalho de parto e parto, de forma a tornar a mulher no principal interveniente neste processo da maternidade.

Nesta perspetiva, o EESMO desempenha um papel crucial na transmissão de informação, possibilitando a aquisição de conhecimentos, permitindo uma maior segurança no assumir de um novo papel, permitindo assim, a transição para a parentalidade.



**OBJETIVO 5**

No objetivo 5 proposto para o nosso estudo pretendíamos analisar a relação das variáveis sociodemográficas e o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade nas atitudes e ajustamento materno, avaliadas pelo questionário *MAMA*, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto. Para tal foram testadas as hipóteses 3 e 4, que serão descritas seguidamente.

**H3 –** Há relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração atual do relacionamento, habilitações literárias, atividade profissional) e as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto

Foi estudada a relação das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local residência, duração do relacionamento, habilitações literárias e atividade profissional) nas atitudes e ajustamento materno.

Quanto à relação da idade materna com as subescalas e o total do *MAMA* verifica-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a subescala sintomas somáticos e a idade. Este resultado demonstra que à medida que a idade materna avança, após os 35 anos, as mães apresentam menos sintomas somáticos, contrariamente ao que é referenciado na literatura. No estudo realizado por Ramos et al, (2012) verificou-se que as grávidas com mais de 35 anos apresentavam menor satisfação com o seu corpo, atitudes menos adequadas e menor ajustamento materno face a manifestações somáticas. Referiram ainda, não se sentir satisfeitas com o aumento de peso gravídico habitual, bem como, com os desconfortos biopsicossociais resultantes das alterações gestacionais. Uma das causas que pode justificar os resultados obtidos no nosso estudo, pode ser devido ao facto de as mães primíparas se encontrarem focadas apenas no seu filho, desvalorizando as manifestações e sintomas somáticos que lhe estão associados. Tal como refere Parada e Tonete (2009), a gravidez após os 35 anos é uma experiência positiva, sendo representada por um período normal e tranquilo, que

permite a manutenção de todas as atividades quotidianas. Estas informações estão de acordo com resultados obtidos em outros estudos, que evidenciam que a idade por si só, pode não se constituir em fator de risco, pois uma assistência adequada no período pré-natal, trabalho de parto e parto, permite um prognóstico materno e perinatal semelhante ao das gestantes mais jovens, desmistificando a ideia de que a maternidade em idade reprodutiva tardia é considerada como doença (Bianco, Stone, Lynch, Lapinski, Berkowitz & Berkowitz, 1996). Quando se compara a idade materna por grupos etários, a diferença observada deixa de ser significativa.

No que concerne ao estado civil, a maioria (51.8%) das participantes é casada, 59% estão em união de facto e por último, 5.1% são mães solteiras. No nosso estudo verificou-se que as mães em união de facto percebem de forma mais negativa a sua imagem corporal, comparativamente com as mães casadas. Como o casamento é considerado uma união mais estável, relativamente à união de facto, pode ser por este motivo, que as mulheres em união de facto considerem as modificações sentidas como piores, estando também presente o receio de não conseguir regressar à figura anterior à gravidez estando de acordo com o que defende Tavares (2003) e Mendes (2007, 2009). Para estes autores, a imagem corporal pode ser percebida como a esperada, contudo, apesar de reconhecer que essas alterações são normais e transitórias, podem provocar algum descontentamento e insatisfação pelo receio de não voltar a recuperar a silhueta anterior, tal como, a falta de disponibilidade emocional para cuidar da sua imagem corporal.

Para além disso, verificou-se que as mães solteiras apresentam maiores pontuações que as casadas nas atitudes perante o sexo. Esta conclusão pode apontar para uma maior preocupação por parte das mães solteiras com sentimentos de vergonha e insatisfação perante a relação sexual, enquanto que as mães casadas podem não colocar esta questão como tão essencial nesta etapa. Durante a gravidez, é frequente as mulheres apresentarem uma auto-imagem corporal negativa causada pelo aumento do peso corporal e pelas alterações tegumentares, as quais podem persistir por um longo período após o parto. A auto-imagem corporal da mulher pode refletir-se nos comportamentos relacionais, sobretudo ao nível da sua atividade sexual, dependendo se a auto-imagem corporal for positiva ou negativa pode conduzir a um aumento ou a uma diminuição da atividade sexual (Nogueiro, Lopes & Galvão, 2004).

Concluiu-se também que as solteiras têm pontuações superiores na relação conjugal e na escala total que as casadas e em união de facto, o que pode indicar que as mães

solteiras, na ausência de um companheiro, encontram-se mais debilitadas emocionalmente, ficando também mais desagradadas com as alterações no relacionamento conjugal, comparativamente, com o grupo das casadas e das que se encontram em união de facto. De uma forma geral, as solteiras apresentam um maior desajustamento e atitudes mais disfuncionais do que as mães casadas e em união de facto no sexto mês após o parto. Esta conclusão pode dever-se ao facto de as solteiras estarem numa relação mais instável do que as casadas e em união de facto. Segundo Parada e Tonete (2009) as uniões estáveis contribuem para sentimentos positivos que são vividos pelas mulheres. A participação ativa do companheiro é fundamental para que a experiência da gravidez tardia transcorra sem maiores problemas.

No que concerne ao local de residência das mães deste estudo, não se verificou qualquer associação entre o local de residência com as atitudes e o ajustamento materno, pelo que não mostra ter influência no ajustamento materno.

Relativamente à duração do relacionamento atual, verifica-se que a média de anos da relação é de 6 anos e meio. Quando analisada por categorias, conclui-se que 40.9% das participantes estão numa relação até há quatro anos, 32.8% encontram-se numa relação de 5 a 8 anos, 20.4% das participantes têm uma relação com 9 a 12 anos e 5.8% já mantêm a relação há 13-18 anos. No estudo da relação entre a duração do relacionamento actual com as atitudes e o ajustamento materno, constata-se que esta variável não o influencia.

No que diz respeito às habilitações literárias, apesar de não se ter obtido diferenças significativas das habilitações literárias, verifica-se que existe uma tendência para as mães com ensino superior apresentarem pontuações no *MAMA* mais baixas, exibindo assim atitudes mais positivas e um melhor ajustamento materno. Por outro lado, as mães com ensino médio são as que pontuam mais elevado, experienciando atitudes mais negativas e um pior ajustamento materno. Da pesquisa efetuada também não foram encontradas associações significativas entre estas duas variáveis (Mendes, 2002).

Não foram encontradas diferenças significativas entre a atividade profissional e as atitudes e o ajustamento materno. Nos estudos pesquisados (Mendes, 2002), também não encontraram associações entre estas variáveis, pelo que a atividade profissional parece não influenciar a forma como a mãe avalia o seu ajustamento e atitudes.

As subescalas que apresentam atitudes positivas e ajustamento favorável são a relação

conjugal e as atitudes perante a gravidez e o bebé. Estes valores vão ao encontro dos valores que Felgueiras e Graça (2013) apresentam. Como é o primeiro filho, os pais investem no papel de cuidadores, o que faz com que a díade esteja mais unida e todo o esforço seja canalizado para cuidarem do seu filho, não havendo tanto conflito conjugal.

Por outro lado, a subescala que apresenta atitudes mais negativas é a imagem corporal, resultado esse também obtido por Felgueiras e Graça (2013). As mulheres mostram que não se sentem bem com a sua imagem e que a transformação que sofreram após o parto ainda não foi recuperada.

**H4 – Há relação entre o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade e as atitudes e o ajustamento materno, em mães pela primeira vez em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto**

Ressalta dos resultados obtidos na hipótese 4, relativamente ao benefício do curso de preparação para o parto parentalidade, não existirem diferenças estatisticamente significativas. Apesar dos cursos de preparação para o parto e parentalidade serem vistos como uma mais-valia para as mães, parece que não contribuem para um melhor ajustamento materno.

À semelhança dos resultados obtidos na hipótese 2, na hipótese 4 também não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o curso de preparação para o parto e parentalidade e o ajustamento materno, contrariamente ao que foi constatado pelo estudo qualitativo e na pesquisa efetuada.

Darvil e colaboradores (citado por Graça, 2010), constataram que a frequência nas aulas de preparação para o parto e parentalidade e as informações proporcionadas pelos profissionais são benéficas, contribuindo para aumentar os sentimentos de controlo das situações sendo essencial no processo de transição para a maternidade. Meleis et al. (2000), refere que a preparação prévia facilita a experiência da transição, e a falta de preparação é considerado inibidor de uma transição saudável. Relacionado com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e que estratégias podem ser úteis para a gerir. É fundamental enquanto EESMO incentivar a frequência nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, permitindo uma preparação física e psicológica adequada para a maternidade, tal como o

desenvolvimento de competências para cuidar do recém-nascido. Hudson, Elek e Flek (2001), defendem que a partilha, em grupos de pares de sentimentos e dificuldades experienciados, assim como o treino de competências parentais em sessões formativas, são apresentados como estratégias eficazes na promoção da parentalidade.

## OBJETIVO 6

No objetivo 6 proposto para o nosso estudo pretendíamos analisar a relação entre as atitudes e o ajustamento materno e a autoperceção de ser mãe, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto. Para tal foi testada a hipótese 5, que será descrita seguidamente.

**H5 – Há relação entre as atitudes e o ajustamento materno e a autoperceção de ser mãe em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto**

A hipótese 5 foi testada estatisticamente e verificámos que as atitudes e o ajustamento materno relacionam-se com a autoperceção materna. Portanto, à medida que a perceção de ajustamento e as atitudes maternas pioram, menor é a satisfação com a experiência da maternidade.

Encontrámos relações significativas entre as atitudes e ajustamento materno e a autoperceção de ser mãe, nomeadamente entre: todas as dimensões do *MAMA* e a escala total com a experiência com o bebé/criança; relação conjugal, atitudes perante a gravidez e o bebé e a escala total com a experiência como adulta; atitudes perante a gravidez e o bebé e a proximidade emocional. Todas as dimensões do *MAMA* e a escala total mostraram-se significativas com o total da *EapSM*, à exceção da dimensão imagem corporal. Por outro lado, todas as dimensões da *EapSM* e a escala total mostraram-se significativas com o total do *MAMA*, à exceção da proximidade emocional.

A dimensão imagem corporal parece não estar significativamente relacionada com a escala total da autoperceção de ser mãe. Este facto parece indicar que a imagem que a mãe tem do seu corpo, seja ela apreciativa ou depreciativa, não influencia a perceção do seu papel como cuidadora. Como já referimos anteriormente, uma das causas que

poderá justificar os resultados obtidos, poderá estar relacionada com o facto de mães primíparas se encontrarem com o foco de atenção máximo nos cuidados ao filho. Estudos demonstram que mulheres em idade reprodutiva tardia apresentam atitudes mais positivas e maior maturidade, sendo a maternidade considerada o concretizar de um sonho, tal como refere Martins (2012) as mulheres com mais de 35 anos apresentam escolhas mais claras, definidas e maduras. Benzies et al., (2006), também partilham da mesma opinião, mencionando que as mulheres em idade tardia referem ter adiado a maternidade, porque só agora se sentiam preparadas para assumirem o papel de mães e também porque desejavam em primeiro lugar, alcançar os seus objetivos pessoais. No contexto da maternidade, a mulher encara a sua imagem corporal como normal, visto que foi mãe e tem um filho ao seu cuidado. Complementando esta ideia, Rubin (1975) menciona que para a mulher grávida ter uma atitude positiva face à gravidez e ao feto, tem que ter um conceito positivo de si mesma, estando relacionado com a adaptação à sua imagem corporal. As restantes dimensões do *MAMA* estão relacionados significativamente com a escala total da autoperceção de ser mãe. Esta correlação indica que mães que exibam mais queixas físicas, que avaliem mais negativamente o relacionamento com o marido, as atitudes perante o sexo e a gravidez e o bebé, apresentam menor satisfação com a experiência da maternidade.

Apesar de no nosso estudo, a imagem corporal não se ter relacionado significativamente com a escala total do *MAMA*, no estudo realizado por Ramos et al. (2012) concluíram que as grávidas com mais de 35 anos apresentavam menor satisfação com o seu corpo, atitudes menos adequadas e menor ajustamento materno face a manifestações somáticas, comparativamente com o grupo de grávidas mais jovens. Assim, as grávidas em idade tardia não se sentem satisfeitas com o aumento de peso gravídico habitual, bem como com os desconfortos bio-psico-sociais resultantes das alterações corporais gestacionais.

A dimensão proximidade emocional parece não estar significativamente relacionada com as atitudes e o ajustamento materno. Este resultado evidencia que a ligação emocional que a mãe estabelece com o seu bebé não tem impacto nas atitudes e no ajustamento materno. Este resultado parece indicar que, independentemente da relação emocional que a mãe estabeleceu com o filho, esta não se associou com as atitudes e o ajustamento materno. Contrariamente, quanto melhor for a perceção da mãe relativamente à sua experiência com o bebé e como adulta, melhor serão as suas atitudes e ajustamento.

A ligação emocional que a mãe estabelece com o filho não tem impacto nas atitudes e ajustamento materno, podendo estar relacionado com a opinião de Muller (citado por Mendes, 2002), que refere que uma vida profissional absorvente por parte das mulheres pode eventualmente influenciar o processo de ligação ao feto. Por outro lado, DeVries e colaboradores (citado por Figueiredo, 2003) refere que o envolvimento materno e a participação nas decisões desde a gravidez permitem obter uma maior satisfação no envolvimento emocional com o filho.

Estes resultados são corroborados por Martins (2012) ao referir no seu estudo que as mães com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos parecem apresentar mais dificuldades em estabelecer uma relação emocional saudável.

### OBJETIVO 7

No objetivo 7 proposto para o nosso estudo, pretendíamos estudar a predição da idade materna e a experiência com o filho nos sintomas somáticos maternos, em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto. Para tal foi testada a hipótese 6, que será descrita seguidamente.

**H6 – A idade materna e a experiência com o filho predizem os sintomas somáticos maternos em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia, no sexto mês após o parto**

Na análise dos dados da hipótese 6 relativamente ao estudo preditivo, verificou-se que a idade e a experiência com o bebé/criança predizem significativamente a presença de sintomas somáticos na mãe. Isto indica que mães mais novas (mais próximas dos 35 anos) e que pontuam mais elevado na subescala experiência com o bebé/criança apresentam níveis mais elevados de sintomas somáticos. Logo, mães mais novas e menos satisfeitas com a experiência com o bebé/criança, apresentam pior ajustamento e atitudes mais disfuncionais relativamente aos sintomas somáticos.

Um estudo realizado por Barnes et al. (2013) evidencia que mães em idade reprodutiva tardia podem ter maiores conhecimentos sobre a parentalidade, sentindo-se mais confiantes no desempenho do seu papel de mãe. Este grupo específico de mães tem assim mais "experiência de vida", mais qualificações, uma maior maturidade, lidando melhor com a experiência da maternidade. A percepção materna destas mulheres relativamente às atitudes maternas, nomeadamente aos sintomas somáticos, também é influenciada pela variável idade, visto que, à medida que aumenta a idade materna diminui os sintomas somáticos, facto este que poderá estar relacionado com uma tendência crescente para a mulher cuidar da saúde e do corpo, pelo que as mulheres em idade fértil mais avançada são, de um modo geral, cada vez mais saudáveis (Costa, 2003).

A partir deste resultado, hipotetiza-se que as mães mais novas e que tendem a ser mais inseguras, preocupadas e irritadas, apresentam mais queixas associadas a manifestações somáticas. Pelo contrário, mães mais velhas com maior maturidade tendem a avaliar a experiência com o filho de forma mais positiva, exibem menos queixas somáticas, apresentando um maior ajustamento.



# PARTE III

---

## CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS



## PARTE III – CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS

### CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS E INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresentamos algumas considerações finais, intervenções implementadas através da nossa investigação e aspectos relevantes a considerar em investigações futuras no âmbito da prática clínica.

#### CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

A evidência científica resultante da investigação, assume maior destaque no âmbito dos cuidados em saúde, principalmente, os cuidados prestados pelo EESMO à mulher em idade reprodutiva tardia. A proximidade do EESMO com a mulher/ família neste processo de transição, incentivou a nossa investigação, visto que, é considerado o elemento mais próximo, facilitando a integração da mulher no seu novo papel social, permitindo a adaptação à sua nova condição de mãe.

A nossa investigação teve por base a problemática inerente aos determinantes e vivências na transição para a parentalidade, em idade reprodutiva tardia, em mães pela primeira vez, tendo sido definidos como objetivos, compreender as vivências e os determinantes que envolvem a maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez e estudar as propriedades psicométricas da escala *The Being a Mother Scale* (*BaM-13*; Matthey, 2011) na população portuguesa.

Neste seguimento, foi definida como opção metodológica a realização de dois estudos, um estudo de natureza qualitativo com abordagem fenomenológica descritiva e um estudo de natureza quantitativa que teve como base o estudo das propriedades psicométricas da escala *EapSM*. No sentido de dar resposta aos objetivos propostos, no estudo qualitativo destacamos como objetivo geral, compreender as vivências e os

determinantes bio-psico-sociais que envolvem a maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez. Este estudo permitiu-nos compreender o fenómeno da maternidade tardia, através das vivências e experiências relatadas pelas nossas participantes. Neste sentido e com o objetivo de estudar a experiência da maternidade neste grupo específico, estabelecemos como objetivo geral do estudo quantitativo, o estudo das propriedades psicométricas da escala *EapSM*, aplicando a escala à nossa amostra.

No estudo de natureza qualitativa recorreremos a uma amostra intencional, constituída por 35 mulheres em idade reprodutiva tardia no terceiro trimestre de gravidez e no sexto mês após o parto. Foi realizada uma entrevista aberta não estruturada e os dados foram analisados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi (1985,1997).

Da análise dos dados emergiram duas estruturas essenciais, a primeira estrutura diz respeito às *vivências maternas da transição para a parentalidade na gravidez em idade reprodutiva tardia*, emergindo os seguintes contextos: consciencialização do papel materno; os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade; o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade; a relação conjugal e o contexto social, família alargada e amigos. A segunda estrutura engloba as *vivências maternas da transição para a parentalidade no pós-parto em idade reprodutiva tardia*, emergindo os seguintes contextos: o assumir do papel parental; a relação com o filho; o curso de preparação para o parto e parentalidade; a relação conjugal e o contexto social, família alargada e amigos.

Após análise dos contextos na gravidez e no pós-parto concluímos que, na transição para a parentalidade e a consciencialização/interiorização no assumir do papel materno, as nossas entrevistadas referiram os movimentos do feto e a visualização ecográfica como experiências marcantes, considerando a maternidade como a concretização de um sonho, permitindo a própria realização pessoal. Relativamente aos sentimentos positivos que assumiram maior destaque foram a alegria, a felicidade e o amor, realçando apenas durante a gravidez a curiosidade de ver o filho. No que diz respeito aos sentimentos negativos, mencionaram o medo do parto, a ansiedade incutida pelos profissionais pelo fator idade, o receio de malformações e perda do feto, a insegurança e dificuldade em lidar com doenças graves no recém-nascido, realçando a morte súbita e situações de engasgamento. Uma grande parte das participantes, refere que a opção de ser mãe em idade tardia apresenta maiores benefícios, encarando a maternidade com maturidade e de forma mais responsável. Consideram ainda que a gravidez e a preparação para o

parto e parentalidade são fases cruciais na transição para o papel parental, permitindo uma consciencialização progressiva na adaptação ao papel de mãe. Finalizam de maneira crítica, realçando a forma como a sociedade pressiona e faz comentários negativos sobre a decisão de adiar a maternidade.

Relativamente à transição para a parentalidade e os determinantes bio-psico-sociais no adiamento da maternidade podemos afirmar pelas declarações das nossas participantes que os determinantes sociais são o principal fator do adiamento da maternidade, sendo notório, a forma como destacam a independência, estabilidade financeira, carreira profissional, vida académica e a "procura de par ideal", como principais motivos desta decisão.

Na transição para a parentalidade e o contexto da relação com o filho, embora caracterizem esta experiência como gratificante, referem insegurança e dúvidas nos cuidados, mencionando uma transformação e adaptação às rotinas pela dedicação exclusiva ao filho, diminuindo o tempo para o autocuidado.

No que diz respeito à transição para a parentalidade e o curso de preparação para o parto e parentalidade, as nossas participantes salientam a aquisição de conhecimentos, o envolvimento do pai no curso, o convívio com os outros casais e a transmissão da informação por parte dos profissionais, como aspectos facilitadores na transição para a parentalidade. Estas salientam que é transmitida informação em excesso e nem sempre é adequada às necessidades sentidas, atribuindo maior ênfase à parte prática do curso, nomeadamente, nos cuidados ao recém-nascido. Sugeriram também, a existência de um curso pós-parto no sentido de facilitar a adaptação a este período. O envolvimento e a participação do pai foi considerado positivo, não só no acompanhamento da grávida como nos cuidados e educação dos filhos. A maior parte das participantes refere a importância e apoio dos profissionais, embora uma pequena minoria tenha mencionado a indisponibilidade em geral dos profissionais de saúde, atribuindo como principal causa, a idade e o nível de escolaridade elevado, sentindo-se excluídas, manifestando assim o seu desagrado.

Na transição para a parentalidade e o contexto da relação conjugal, as participantes fazem referência ao relacionamento do casal durante a gravidez e após o nascimento, considerando esta época de mudanças e reajustamentos, implicando modificações e adaptações na vida conjugal e familiar. Consideram que existe dificuldade em conciliar o papel parental com o conjugal, existindo diminuição do tempo para o casal, interferindo a

nível do bem-estar e do relacionamento. A relação conjugal que antes era única, passa a ser uma relação parental com foco de atenção máximo no filho. Uma grande parte das nossas participantes menciona, que como casal, têm que se adaptar à transformação ocorrida no relacionamento de forma a encontrar um reequilíbrio na relação. Por último, salientam que a partilha das tarefas é crucial e gratificante, nomeadamente, o envolvimento do pai na participação das tarefas domésticas e nos cuidados ao filho.

Relativamente à transição para a parentalidade e o contexto social, família alargada e amigos a maior parte das nossas entrevistadas referiram uma diminuição do convívio principalmente com os amigos, tendo início na gravidez, prolongando-se e intensificando-se nos primeiros meses após o nascimento. Nos primeiros meses passam a viver em função do filho, existindo perda de independência e isolamento social, referindo que as primeiras saídas surgem após uma adaptação a esta nova etapa. As nossas entrevistadas relataram que o apoio da família e do companheiro assume grande importância, visto que, este é um período de grandes alterações e modificações, ficando mais vulneráveis, necessitando do apoio da família, para se sentirem seguras e confiantes.

Constatamos também, que as nossas participantes consideraram os avós como principais cuidadores, embora na ausência destes, ainda possam contar com outros familiares próximos, nomeadamente, o companheiro. Outro facto relatado foi, na ausência de família próxima, recorrem ao apoio dos amigos e vizinhos, identificando-os como suporte crucial, existindo assim, uma relação de inter-ajuda e apoio constante, embora na maior parte das vezes, tentem resolver a situação entre o casal, fazendo uma projecção do regresso a casa com o filho, referindo também que na impossibilidade do apoio da família, amigos e vizinhos, recorrem a instituições como creches e infantários.

No âmbito do estudo quantitativo, utilizamos o método descritivo-correlacional. A amostra é não probabilística accidental, sendo constituída por um total de 137 mães em idade reprodutiva tardia no sexto mês após o parto. Foram aplicados três instrumentos: o questionário de caracterização sociodemográfica; *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)*; Kumar, Robson, & Smith, 1984); *The Being a Mother Scale (BaM-13)*; Matthey, 2011).

Em relação ao estudo psicométrico optámos por manter os três domínios originais da escala, por razões teóricas. Neste estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,78 para a escala total, indicando uma consistência interna razoável, contudo o alfa de Cronbach

encontrado para as subescalas é consideravelmente pior do que no estudo original. Na análise da validade convergente, verifica-se que todas as subescalas e a escala total da *EapSM* estão significativamente correlacionadas com a subescala do *MAMA*, atitudes para com a gravidez e o bebê, indicando que a *EapSM* mede o construto que se propõe medir.

No estudo da escala *EapSM*, verificámos que os itens mais pontuados são os itens 10 “Preocupa-me que algo suceda ao meu bebé/ à minha criança”, 3 “Tem sido difícil lidar com o choro do meu bebé/da minha criança”, e o 12 “Preocupa-me não ser tão boa mãe como as outras mães”. Por outro lado, os itens menos pontuados são os itens 4 (item invertido) “Tenho-me sentido próxima do meu bebé/da minha criança” e o 11 “Tenho andado aborrecida ou irritada com o meu bebé/a minha criança”.

Através destes dados, verificamos que as mães em idade reprodutiva tardia, seis meses após o parto, pontuam elevado em itens relacionados com a preocupação com o filho e com dúvidas sobre as competências parentais e pontuam baixo em itens que avaliam o afastamento e emoções de raiva da mãe relativamente ao seu filho. Ou seja, as mães demonstram ter pensamentos de preocupação e de dúvida sobre as suas competências, possivelmente porque é a primeira vez que estão a passar por esta experiência e têm receio que algo corra mal e/ou que não sejam capazes de lidar com os desafios desta etapa. Itens que estejam relacionados com aspectos mais negativos da maternidade são os menos cotados, o que indica que nesta fase, as mães apresentam emoções positivas relacionadas com a proximidade aos seus filhos.

Relativamente às relações entre as variáveis sociodemográficas e a *EapSM*, verificamos que não eram estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas. Não se verificou relação entre o curso de preparação para o parto e parentalidade e a autoperceção de ser mãe, contrariamente aos resultados obtidos no estudo qualitativo. As participantes entrevistadas no estudo qualitativo, referiram o benefício do curso de preparação para o parto e parentalidade, sendo um contributo importante para a construção da identidade materna.

No nosso estudo, as áreas onde as mães apresentam atitudes e ajustamento mais favoráveis são na relação conjugal e atitudes perante a gravidez e o bebê, sendo a imagem corporal, a área que apresenta atitudes mais negativas.

Os resultados demonstraram que à medida que a idade materna aumenta, as mães apresentam menos sintomas somáticos. No que concerne ao estado civil verificamos que as mães em união de facto, comparativamente com as mães casadas, percebem de forma mais negativa a sua imagem corporal. As mães solteiras, apresentam um maior desajustamento e atitudes disfuncionais, do que, as mães casadas e as mães em união de facto, apresentando também, um maior desagrado com as alterações no relacionamento conjugal. Os resultados referentes às habilitações literárias, evidenciaram que existe uma tendência das mães com ensino superior, apresentarem atitudes mais positivas e um melhor ajustamento materno. Os cursos de preparação para o parto e parentalidade embora sejam considerados benéficos para as nossas participantes, os resultados obtidos não demonstram o seu contributo para um melhor ajustamento materno, à semelhança do que já foi referido anteriormente.

Concluimos também que a idade materna e a experiência que a mãe tem com o bebé/criança predizem sintomas somáticos maternos, assim mães mais velhas, avaliam a experiência com o filho de forma mais positiva, exibem menos queixas somáticas, apresentando um maior ajustamento.

## INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS ATRAVÉS DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO

Tendo em consideração os objetivos a que nos propusemos no presente estudo, tivemos a oportunidade de implementar algumas intervenções no decorrer da investigação, nomeadamente:

- Início do curso de preparação para o parto e parentalidade, no CHBV-UA, em abril de 2013;
- Os processos respeitantes às grávidas em idade reprodutiva tardia, anteriormente “rotulados” com a designação “Grávida Idosa”, foram codificados com código numérico;

## IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

Ao longo da investigação, as participantes foram incentivadas a dar sugestões com o



intuito de melhorar o apoio dos EESMO, tais como:

- No seguimento da linha de apoio à amamentação existente no CHBV-UA, as nossas participantes sugeriram que seria importante uma linha de apoio telefónica para os pais no período pós-parto durante as 24h, permitindo assim, um apoio efetivo, diminuindo a ansiedade, principalmente, nos pais pela primeira vez;
- A maior parte das nossas entrevistadas, destacaram a importância do apoio dos profissionais no contexto de internamento, realçando ser fundamental a continuação do apoio no domicílio por uma equipa especializada, principalmente na impossibilidade de frequentarem um curso de preparação pós-parto. Neste seguimento seria importante a implementação da visita domiciliária no período pós-parto, conforme sugerido por outros estudos, nomeadamente Mendes (2007, 2009), permitindo assim, efetuar a articulação com o Centro de Saúde e o Hospital, no sentido de uniformizar os cuidados, permitindo a excelência dos cuidados.

A realização desta investigação permitiu-nos compreender a forma como a maternidade é vivenciada e experienciada por estas mulheres, e ao conhecer as suas necessidades, os EESMO podem desenvolver intervenções adequadas, de forma que considerem esta área prioritária nos cuidados de enfermagem.

Com esta investigação, ficamos a saber que temos de ter em atenção determinados fatores, tais como a idade, o estado civil e a experiência que a mãe tem com o filho, para que o profissional de saúde possa proporcionar à mãe cuidados de saúde personalizados para incitar um melhor ajustamento materno e experiências mais favoráveis. A validação e futura implementação do *EapSM* poderá constituir também uma ferramenta essencial para avaliar a experiência da maternidade, o que poderá servir de auxílio a todos os EESMO a possuírem uma abordagem mais individualizada e idiossincrática para cada mãe.

## LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Este estudo não se encontra isento de limitações. Neste sentido deparamo-nos como primeira limitação a temporalidade, na realização da investigação. O presente estudo foi realizado no terceiro trimestre de gravidez e no sexto mês após o parto, em mães em

idade reprodutiva tardia. Teria sido interessante comparar este grupo, com mães com idade inferior a 35 anos. Vários fatores que podem influenciar a maternidade não foram objeto deste trabalho, pelo que seria vantajoso estudá-los futuramente. Seria interessante questionar se no âmbito do adiamento da maternidade, estaria implícito a infertilidade no casal.

Outra das limitações do nosso estudo está relacionada com a amostra obtida, sendo esta realizada em dois hospitais da região de Aveiro, não sendo aplicado a nível dos centros de saúde, o que talvez poderia ter sido benéfico para o aumento do número total das participantes da nossa amostra.

Relativamente à metodologia de avaliação que se baseia em informação retrospectiva, no âmbito do estudo qualitativo, ainda que em si mesma, ela possa ser criticável por permitir enviesamentos de informação consequentes ao esquecimento e à reconstrução, quando é pedido às mães que reflitam sobre a experiência de ser mãe nos últimos seis meses, embora façam uma retrospectiva relembrando o passado, fazem-no no contexto do presente, visto que ainda estão a vivenciar a experiência de ser mãe.

Em termos de estudos futuros, seria vantajoso aplicar a *Escala de autoperceção de Ser Mãe* de forma a obtermos uma amostra maior e mais robusta para futuramente realizar a análise confirmatória da escala. Para além disso, seria interessante aplicar a *Escala de autoperceção de Ser Mãe* e o *MAMA*, em momentos diferentes do processo de maternidade, como por exemplo, durante as primeiras semanas de vida do recém-nascido, seis meses e após um ano. Utilizando este procedimento, poderíamos analisar a existência de variações na experiência, no ajustamento e atitudes maternas ao longo do tempo. Investigações futuras poderiam explorar outros fatores pessoais (por exemplo, traços de personalidade), variáveis contextuais (por exemplo, suporte social), e características do filho (por exemplo, estilos de vinculação) para estudar o impacto na autoperceção e atitudes maternas. Sabendo que as mães neste período da maternidade, podem apresentar alterações do foro psicológico, poder-se-ia avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, através, por exemplo, da aplicação das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

A inclusão de medidas gerais em estudo na população Portuguesa, pode ter impossibilitado a deteção de especificidades intrínsecas a este grupo estudado. Estudos futuros devem ultrapassar estas limitações e examinar outros mecanismos/explorar outras vertentes desta área específica da maternidade em idade reprodutiva tardia.

**BIBLIOGRAFIA**

- Abuchaim, E. S. V., & Silva, I. A. (2006). Vivenciando la lactancia y la sexualidad em la maternidad: Dividiéndose entre ser madre y mujer. *Ciência Cuidado e Saúde*, 5(2), 220-228.
- Afonso, E. (1998). *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Almeida, A. N., André, I. M., & Laland, P. (2002). Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. *Análise Social*, 37(163), 371-409.
- Almeida, G. A. E. (2011). *Visita Domiciliária no Pós-Parto* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem. A segunda metade do século XX 1950-2003. Um contributo sócio-histórico*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Anderson, S. A., Russel, C. S., & Schumm, W. R. (1983). Perceived marital quality and life-cycle categories: A further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45(1), 127-139.
- Andrade, M. C. P. (1999). Custos e Benefícios da Maternidade Adiada. *Revista Referência*, (2), 5-12.
- Andrade, M. C. P. (2002). *Pensar e agir: As doenças genéticas e o diagnóstico pré-natal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Antunes, M., Lopes, J., & Fernandes, R. (2006). O grau de satisfação das grávidas face ao curso de preparação para o parto. *Revista Nursing*, 16(213), 7-10.
- Arias, B. (2011). *Práticas Obstétricas segundo a OMS. Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.

- Balancho, F. S. L. (2004). Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2(22), 377-386.
- Barbosa, P. Z., & Rocha C. M. L. (2007). Maternidade: Novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163-185.
- Barros, I.P. (2004). *Características psicológicas da primeira e da segunda gravidez. O uso do DFH e do TAT na assistência pré-natal* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Benzies, K., Tough, S., Tofflemire, K., Frick, C., Faber, A., & Cook, C. (2006). Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 625-633.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Brigido, M. (Ed.) (2010). *Variáveis psicológicas na adaptação ao nascimento de um filho: Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R., & Astury, J. L. (1994). *Missing voices – The experience of motherhood*. Oxford University Press, Melbourne.
- Camarneiro, A. P. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé: influência da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebés*. Coimbra: Editora Formasau.
- Canavarro, M. C. (coord.) (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ªed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Carmona,V. E., Vale, N. I., Ohara S. V. C., & Abrão, V. F. C. A. (2014). Percepção

- materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Brasileira*, 67(5), 788-93.
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1162-1172.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3(16), 365-371.
- Costa, R. (2003). *Filhos do Adeus. (Des)sincronização familiar e fecundidade depois dos 40 anos no Portugal contemporâneo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora.
- Couto, G. (2003). *Preparação Para o Parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Couto, R. G. (2004). Preparação para o parto. *Revista Nursing*, (187), 10-19.
- Couto, R. G. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 14(2), 190-198.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 21, 258.
- Crohan, S. E. (1996). Marital quality and conflict across the transition to parenthood in African American and with couples. *Journal of Marriage and the Family*, 58(4), 933-944.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Da Costa D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevates hassles, state

- anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 609-621.
- Davidson, J. (2009). Family centered care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28-34.
- Decreto-Lei n.º 4/84 de 05 de abril. *Diário da República n.º 81/84-I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 14/85 de 06 de julho. *Diário da República n.º 153/85-I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 142/99 de 31 de agosto. *Diário da República n.º 203/99-I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 15/14 de 21 de março. *Diário da República n.º 57/14- I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Elsenbruch, S., Benson S., Rücke, M., Rose M., Dudenhausen J., Pincus-Knackstedt M.K.,...Arck P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877.
- Ercegovac, I. R., Ljubetić, M., Pericic, M. (2013). Maternal self-competence and mother-child interaction. *Hellenic Journal of Psychology*, 10, 102-119.
- Feldman, P. J., Dunkel, S. C., Sandman, C. A., & Wadhwa, P. D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62(7), 715-725.
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista Centro de Estudos da População Economia e Sociedade*, 12, 83-102.

- Figueiredo, B., Mendonça, M., & Sousa, R. (2004). Versão portuguesa do maternal adjustment and maternal attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 31-51.
- Figueiredo, B., & Silva, A. I. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Revista Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539.
- Figueiredo, B. (2006). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In C. M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Fortien, M. F., Côté, J., & Filion F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (2ª ed.). Loures: Editora Lusodidacta.
- Geller, J. S. (2004). Loneliness and pregnancy in an urban latino community: Associations with maternal age and unscheduled hospital utilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3), 203-209.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA. Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenology Psychology*, 28(2), 235-247.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: Aspectos teóricos e empíricos. *Revista Interação em*

- Psicologia*, 12(1), 99-106.
- Gomez, R. M. (2005). O pai: paternidade em transição. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.257-285). Lisboa: Fim de Século.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 153-165.
- Graça, L. C. (2003). Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido: um caso experimental. *Enfermagem*, (29), 31-41.
- Graça, L. M., et al. (2004). *Medicina Materna-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel-Edições técnicas, Lda.
- Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno* (Tese de Doutoramento). Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa: Portugal.
- Guedes, M., & Canavarro, M. C. (2013). Adaptação à gravidez das mulheres primíparas de idade avançada e seus companheiros. *Revista Psicologia Saúde & Doenças*, 2(14), 280-287.
- Guerra, C., I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo-Sentido e formas de uso*. Cascais: Príncípa Editora, Lda.
- Hudson, D., Elek, S., & Flek, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Pediatric Nursing*, 24(1), 31-43.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010* (2011 ed.). Lisboa-Portugal: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal 2001-2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jager, M. E., & Bottoli, C. (2011). Paternidade: Vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicologia teoria e prática*, 13(1), 141-153.



- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychometric Testing* (2ª ed.). London: Routledge.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2ª ed.). New York: The Guilford Publications.
- Kumar, R., Robson, K., & Smith, A. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*. Great Britain, 28(1), 45-51.
- Lamaze International (2013, março 7). El parto saludable a su manera - Seis pasos para un parto más seguro. [Guia]. In Joy Birth & Parenting Education, 1-18. Disponível em <http://www.lamaze.org/p/bl/et/blogid=9&blogaid=141>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lima A. R., Mendes S. S., & Passos B. A. (2009). Vivenciando a maternidade tardia e conhecendo seus aspetos influenciadores. *Revista Enfermagem Integrada*, 2(2), 310-319.
- Lopes, R. C. S., Alfaya, C., Machado, C. V. & Piccinini, C. A. (2005). No início eu saía com o coração partido: As primeiras situações de separação mãe-bebê. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 15(3), 26-35.
- Maciel, A. (2002). Gravidez e idade: Os riscos e os mitos. *Revista Pais & Filhos*, (135), 35-38.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martins, C. F. (2012). *Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Matthey, S. (2011). Assessing the experience of motherhood: The being a mother scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders*, 128, 142-152.
- Mauthner, N. S. (1999). "Feeling low and feeling really bad about feeling low": Women's experience of motherhood and postpartum depression. *Can. Psychol*, 40, 143-161.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., IM, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Journal of Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendes, I. M. (2007). *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto* (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Mendes, I., Cortesão, C., Sousa, G., & Carvalho, S. (2011). Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo em primíparas. *Revista Nursing*, 275(23), 12-19.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Revista Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychol*, 40, 162-178.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2ª ed). New York: McGraw Hill.
- Oliveira, K. (2009). Aspectos Psicossociais e Emocionais que envolvem a gravidez tardia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Julho, 1-8. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/aspectos-psicossociais-e-mocionais-que-envolvem-a-gravidez-tardia/21064/>
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). *Número mínimo de sessões de Preparação para o Parto* (Parecer N.º11-1).
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

- Pedrosa, A. & Mendes, I. (2011). Transição para a parentalidade e competências maternas do cuidar do recém-nascido de termo. Suplemento Actas e Comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem. *Revista Referência*, volume 2, IIIsérie, 674.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Piccinini C. A., Gomes A. G., Moreira L. E., & Lopes R. S (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Piccinini, C. A., & Rapoport, A. (2004). A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 497-503.
- Ramos, M. M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 399-413.
- Ramos, S., Faria, N., Oliveira, A. E., & Silva, S. I. (2012). O ajustamento materno na gravidez tardia: Contributos para a prática de Enfermagem. *Salutis Scientia-Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 24-39.
- Relvas, P. A. & Lourenço, M. (2006). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspetiva sistémica. In C. M. Canavarro (Ed), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rocha, D. C. S., Bezerra, M. G. A., & Campos, A. C. S. (2005). Cuidados com os bebês: O conhecimento das primíparas adolescentes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 9(3), 365-371.
- Rodrigues, M. C. (2008). *Vivências da maternidade tardia, cotidiano e qualidade de vida: a perspectiva feminina* (Dissertação de Pós-Graduação). Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais- Brasil.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4(3),143-153.

- Santos, C. R. M. U. (2007). *Preparação para o Parto-Promoção do bem-estar da parturiente através da preparação para o parto* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Algarve.
- Scatolin H. G. (2012). Resenha de livro: A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Revista de Psicologia*, 21(1), 115-120.
- Shelton, N., & Johnson, S. (2006). I think motherhood for me was a bit like a double-edge sword: The narratives of older mothers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(4), 316-330.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Teixeira, T. N. E. (1999). *Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Tomeleri, K. R., Pieri, F. M., Violin, M. R., Serafim, D., & Marcon, S. S. (2007). Eu vi o meu filho nascer: Vivência dos pais na sala de partos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 28(4), 497-504.
- Travassos, R. F., & Féres, C. T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, 45(1), 111-121.
- Wilkinson, R. B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor? *Australian Journal of Psychology*, 4(47), 86-92.

# **ANEXOS**



## ANEXO I

(Autorização do CHBV-UA e Hospitais privados CLIRIA)







HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.  
AVEIRO

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO  
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395  
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt  
Matricula na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro, nº 5846  
Capital Social 29.930.000 €  
Pessoa Colectiva nº 506 361 543

Exm<sup>a</sup> Senhora  
Enf.<sup>a</sup> Sandra Maria Campinos Rodrigues  
Serv<sup>o</sup> de Obstetrícia  
H.I.P.

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

0022551

04/08/2011

**ASSUNTO: Resposta ao V/ pedido de autorização de realização de estudo no HIP**

Em resposta à V/ solicitação, vimos, pelo presente, informar que após parecer favorável da Comissão de Ética, por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do  
Conselho de Administração

(Dr. Luis Coelho)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

DD

Exmo. Senhor Administrador Executivo da Cliria  
Hospital Privado de Aveiro  
Senhor Enfermeiro José Loreto

Chamo-me Sandra Maria Campinos Rodrigues, sou Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia a exercer funções no Hospital Infante D. Pedro de Aveiro.

No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Porto, pretendo realizar uma dissertação sobre: "Determinantes e vivências da maternidade em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez". Os objetivos do estudo são: -Identificar determinantes que levam à maternidade tardia em mães pela primeira vez com idades compreendidas [35-45[ anos ; - Descrever as atitudes e o ajustamento materno da mulher em idade reprodutiva tardia em mães pela primeira vez, durante os primeiros 6 meses no pós-parto; - Analisar a influência das variáveis sócio-demográficas, conhecimento no processo de transição para a parentalidade nas atitudes e ajustamento materno em mães pela primeira vez, em idade reprodutiva tardia.

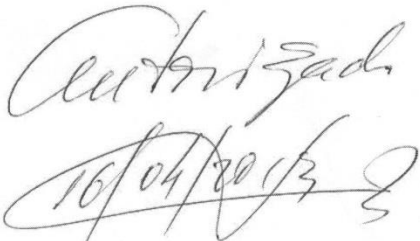
Neste sentido, venho solicitar a V. Exa a autorização para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados junto das grávidas/puérperas que recorrem ao vosso Hospital, sendo da minha inteira responsabilidade a aplicação e recolha dos mesmos.

Comprometo-me a respeitar o sigilo de todos os dados obtidos, facultando todos os resultados deste trabalho de investigação.

Agradeço desde já a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Aveiro, 10 de Abril de 2013

Atenciosamente,

  
Sandra Maria Campinos Rodrigues  
(Sandra Maria Campinos Rodrigues)

## ANEXO II

(Consentimento livre esclarecido para o estudo qualitativo e quantitativo)



### Consentimento Livre Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar no estudo de investigação intitulado “**Determinantes e Vivências da Maternidade em Idade Reprodutiva Tardia em Mães Pela Primeira Vez**”, sob a responsabilidade da investigadora Sandra Maria Campinos Rodrigues, Doutoranda no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Declaro que fui esclarecida quanto:

- 1- Objetivos do estudo de investigação;
- 2- Gravação da entrevista, comprometendo-se a investigadora a manter o anonimato das minhas informações;
- 3- Possibilidade de opção, relativamente à participação neste estudo, não se verificando qualquer tipo de prejuízo pessoal;
- 4- Disponibilidade da investigadora para qualquer tipo de esclarecimento, que a entrevistada julgar necessário.

Assim, subscrevem as partes envolvidas nesta declaração,

\_\_\_\_\_  
(Entrevistada)

\_\_\_\_\_  
(Investigadora)

Aveiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



### Consentimento Livre Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar no estudo de investigação intitulado “**Determinantes e Vivências da Maternidade em Idade Reprodutiva Tardia em Mães Pela Primeira Vez**”, sob a responsabilidade da investigadora Sandra Maria Campinos Rodrigues, Doutoranda no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Declaro que fui esclarecida quanto:

- 1- Objetivos do estudo de investigação;
- 2- Possibilidade de opção, relativamente à participação neste estudo, não se verificando qualquer tipo de prejuízo pessoal;
- 3- Disponibilidade da investigadora para qualquer tipo de esclarecimento, que a participante julgar necessário.

Assim, subscrevem as partes envolvidas nesta declaração,

\_\_\_\_\_  
(Entrevistada)

\_\_\_\_\_  
(Investigadora)

Aveiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## ANEXO III

(Questionário Sociodemográfico)



## QUESTIONÁRIO

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Leia atentamente e coloque uma cruz (X) no local correspondente à sua resposta, ou completando com dados a seu respeito.

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Habilitações Literárias:

**Nota: Preencha apenas o ensino completo**

- |   |                          |               |                          |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1º Ciclo do Ensino básico (4º ano)      | <input type="checkbox"/> | Bacharelato   | <input type="checkbox"/> |
| Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano) | <input type="checkbox"/> | Licenciatura  | <input type="checkbox"/> |
| Terceiro Ciclo do Ensino Básico (9ºano) | <input type="checkbox"/> | Pós-graduação | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (11º ano)             | <input type="checkbox"/> | Mestrado      | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (12º ano)             | <input type="checkbox"/> | Doutoramento  | <input type="checkbox"/> |
| Curso Tecnológico ou Profissional       | <input type="checkbox"/> |               |                          |

3. Estado Civil:                      Solteiro ☐      Casado ☐      Divorciado/Separado ☐  
   Viúvo ☐      União de facto ☐

4. Duração do atual relacionamento: \_\_\_\_\_ (anos)  
(Nota: Se tiver menos de um ano de relacionamento colocar 0)

5. Qual a sua atividade profissional: \_\_\_\_\_?

6. Qual o seu local de residência?

Cidade ☐    Vila ☐    Aldeia ☐

7. O curso de preparação para o parto e parentalidade foi benéfico na transição para a parentalidade?

Sim ☐    Não ☐



## ANEXO IV

(Escala de autopercepção de Ser Mãe - *EapSM*-)

***The Being a Mother Scale (BaM-13)*** (Matthey, 2011)

***Escala de auto percepção de Ser Mãe (EapSM)***

(Versão Portuguesa: Mendes, Rodrigues, Rodrigues, & Carneiro, 2012)

As afirmações abaixo indicadas ajudar-nos-ão a perceber como está a experienciar o ser mãe. Não existem respostas certas ou erradas, apenas respostas que nos dizem como se tem sentido.

Para cada afirmação, reflita em como se tem sentido nas últimas 2-3 semanas.

A idade do seu bebé/da sua criança (indicar todas as idades caso tenha mais filhos): \_\_\_\_\_

A data de hoje: \_\_\_\_\_

Eis alguns exemplos de perguntas e respetiva resposta:

5.Tenho-me sentido sozinha ou isolada	<del>Não, raramente ou nunca</del>	Não, não muito frequentemente	<del>Sim, algumas vezes</del>	Sim, sempre ou na maioria das vezes
7.Tenho-me sentido pouco apoiada	<del>Não, raramente ou nunca</del>	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes

Nas últimas 2 – 3 semanas:

1. Senti-me confiante ao cuidar do meu bebé/ da minha criança	Sim, sempre ou na maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Não, não muito frequentemente	Não, raramente ou nunca
2. Sinto saudades da vida que eu tinha antes de engravidar deste bebé/desta criança (ou no caso das mães adoptivas: antes de ter este bebé/esta criança)	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
3. Tem sido difícil lidar com o choro do meu bebé/da minha criança	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
4. Tenho-me sentido próxima do meu	Sim, sempre ou	Sim, algumas vezes	Não, não muito frequentemente	Não, raramente

bebé/da minha criança	na maioria das vezes			ou nunca
5. Tenho-me sentido sozinha ou isolada	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
6. Tenho-me sentido entediada	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
7. Tenho-me sentido pouco apoiada	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
8. Senti-me bem em pedir ajuda ou aconselhamento a outras pessoas quando necessitei	Sim, sempre ou na maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Não, não muito frequentemente	Não, raramente ou nunca
9. Senti-me nervosa ou apreensiva junto ao meu bebé/ à minha criança	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
10. Preocupa-me que algo suceda ao meu bebé/ à minha criança	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
11. Tenho andado aborrecida ou irritada com o meu bebé/a minha criança	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
12. Preocupa-me não ser tão boa mãe como as outras mães	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes
13. Sinto-me culpada	Não, raramente ou nunca	Não, não muito frequentemente	Sim, algumas vezes	Sim, sempre ou na maioria das vezes

**Por favor verifique se respondeu a todas as questões.**

**Obrigada**





## ANEXO V

(Questionário *MAMA* Pós-Natal)



**QUESTIONÁRIO MAMA (Versão PÓS-NATAL)**

(Kumar, Robson e Smith, 1984)

(Versão traduzida e adaptada por B. Figueiredo e R. Matos, 1996)

Por favor, complete cada uma das perguntas, fazendo uma cruz por cima da resposta que melhor se adequa ao seu caso. Não se esqueça de responder a todas as perguntas.

Pretendemos saber como se sentiu durante os últimos meses. Se algumas das situações propostas não lhe ocorreram no mês passado, responda como se a questão se referisse ao seu estado actual.

Eis alguns exemplos de perguntas e respetiva resposta:

“Sentiu-se desmaiar ou com tonturas”?	Nunca	Às vezes	<del>Raramente</del>	Muitas Vezes
“Sentiu orgulho da sua aparência”?	<del>Muitíssimo</del>	Muito	Um Pouco	De forma alguma

**Toda a informação que nos fornecer será considerada confidencial.**

**Nestes últimos 6 meses:**

1. Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
2. Sentiu-se atraente?*	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
3. Sentiu tensão entre si e o seu marido/companheiro – irritabilidade, silêncio desagradável, etc.?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
4. Transpirou muito?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
5. Desejou sexualmente o seu marido/companheiro? *	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
6. Vomitou?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
7. Preocupou-se com a ideia de poder vir a não ser uma boa mãe?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
8. Alguma vez as discussões entre si e o seu marido (companheiro) quase atingiram o ponto da agressão física?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
9. Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes
10. Preocupou-a a ideia de poder ferir ou maltratar o seu bebé?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
11. Pensou que o seu marido/companheiro a desejava sexualmente?*	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
12. Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável?*	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
13. Desejou ter relações sexuais?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
14. Tem tido tempo suficiente para si desde que o bebé nasceu?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
15. Foi fácil demonstrar afecto ao seu marido/companheiro?*	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
16. Lamentou ter tido o bebé?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
17. Sentiu formigueiros (picadelas) nos seios?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

18. Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
19. Agradou-lhe a forma do seu corpo?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
20. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
21. Achou que a sua cara estava atraente?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
22. Sentiu-se orgulhosa de ser mãe?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
23. Agora que tem o bebé sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
24. Tem-se sentido feliz por ter tido o bebé?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
25. Sentiu prazer em beijar e acariciar?	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
26. O seu marido/companheiro ajudou-a na lida da casa?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
27. Teve problemas de obstipação/prisão de ventre?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes
28. Tem pensado em ter mais filhos?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
29. Sentiu-se desapontada com o que ser mãe implica?	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
30. Sentiu-se inibida em relação à atividade sexual, desde que teve o bebé?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
31. Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
32. Sentiu-se cheia de energia?*	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
33. Os seus tornozelos incharam?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
34. Sentiu que o seu marido/companheiro lhe prestou pouca atenção?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
35. Sentiu-se bem desperta, durante o dia?*	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

36. O seu marido/companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
37. O seu marido /companheiro tentou participar nos seus interesses?*	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
38. Teve problemas de má digestão ou azia?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
39. Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na relação sexual?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
40. Tem tido prazer em cuidar das necessidades do seu bebé?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
41. Sentiu-se com náuseas/enjoos?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
42. Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
43. Sentiu que o seu marido/companheiro saiu demasiadas vezes sem si?	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
44. Sentiu-se orgulhosa com a sua aparência?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
45. Sentiu que sexualmente se excitava com facilidade?*	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
46. Tem tido fantasias sexuais agradáveis?*	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
47. Sentiu que o seu corpo estava suave e macio?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
48. Tem-se sentido próxima do seu marido/companheiro desde que o seu bebé nasceu?*	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
49. Sentiu que o seu corpo estava desajeitado ou sem graça?	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
50. Sentiu vontade de abraçar e acariciar o marido/companheiro?*	Muitíssimo	Muito	Um pouco	De forma alguma
51. Tem perguntado a si própria se o seu bebé é saudável e normal?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
52. O seu marido/companheiro tem demonstrado afecto por si?*	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

53. Achou a sua constituição física frágil ou débil?	Muitíssim o	Muito	Um pouco	De forma alguma
54. Sentiu que a vida tem sido mais difícil desde que o bebé nasceu?	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
55. Achou que os seus seios estavam atraentes?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
56. Desejou poder confiar mais no seu marido/companheiro para cuidar de si?	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
57. Achou que estava demasiado gorda?	Muitíssim o	Muito	Um pouco	De forma alguma
58. Tem desejado ter relações sexuais?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo
59. Tem comido com prazer?*	Muitíssim o	Muito	Um pouco	De forma alguma
60. Agrada-lhe amamentar o bebé?*	De forma alguma	Um pouco	Muito	Muitíssimo

**Por favor verifique se respondeu a todas as questões.**

**Obrigada**





## ANEXO VI

(Autorização para a utilização do questionário *MAMA* e da escala  
*EapSM*)



9/2/2014

Gmail - Pedido de autorização para a utilização da escala MAMA



Sandra Campinos <sandracampinos@gmail.com>

---

## Pedido de autorização para a utilização da escala MAMA

---

**Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo** <bbfi@psi.uminho.pt>

12 de dezembro de 2012 10:55

Para: Sandra Campinos <sandracampinos@gmail.com>

Bom dia Sandra

Tem a minha autorização para usar a nossa versão da escala MAMA no quadro do estudo que pretende elaborar.

Melhores cumprimentos

Barbara Figueiredo  
Professora Associada

Escola de Psicologia  
Universidade do Minho  
Campus de Gualtar  
4710-057 Braga  
Portugal  
e-mail: [bbfi@psi.uminho.pt](mailto:bbfi@psi.uminho.pt)

---

**De:** Sandra Campinos [<mailto:sandracampinos@gmail.com>]

**Enviada:** ter 11-12-2012 21:42

**Para:** Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

**Assunto:** Pedido de autorização para a utilização da escala MAMA

[Texto das mensagens anteriores oculto]





Sandra Campinos <sandracampinos@gmail.com>

---

## Permission to use the Being a Mother Scale (BaM-13)

2 mensagens

Isabel Mendes <isabelmendes@esenfc.pt>

24 de outubro de 2012 09:38

Para: 'stephen.matthey@sswahs.nsw.gov.au.'

Cc: scrodri@hotmail.com, sandracampinos@gmail.com, isabelmendes@esenfc.pt

Dear Professor Stephen Matthey

I am a Portuguese coordinator professor in Nursing and Midwifery and my area of study is related to the postpartum.

My doctoral thesis was focus in the lived experiences of the maternal and paternal adjustment to postpartum in a group of first-time parents, and one of the findings evidence the need of support related to dimensions of quality of life (physical and mental health, social support) specially in older first time mothers.

I am attached the pdf article published in the Birth Issues

Now, I have a Doctoral student Sandra Campinos who wants to study the experience of motherhood in older first-time-mothers. So we find in the bibliographic search one article of yours "**Assessing the experience of motherhood:: the being a mother scale (BaM-13)**" that was really great! and so we are interested in using the scale (BaM-13)" .

So, I am asking you permission to use those instruments, and asking if there is already a Portuguese Version, if not we could do the validation process to the Portuguese version.

Kind Regards

Isabel Margarida Mendes, PhD, RN, coordinator professor

---

**De:** Stephen Matthey [mailto:[Stephen.Matthey@sswahs.nsw.gov.au](mailto:Stephen.Matthey@sswahs.nsw.gov.au)]

**Enviada:** quinta-feira, 25 de Outubro de 2012 6:42

**Para:** Isabel Mendes

**Assunto:** RE: Permission to use the Being a Mother Scale (BaM-13)

Hi Isabel,

Thanks for the enquiry, and for the copy of your paper !

Yes, of course, you & your student (Sandra) can use the BaM-13 (I've attached it & the article in case you need it). Could you just ensure it always has the citation information near the title ?

And to my knowledge there is no Portuguese version, so I'd be very interested if you validated it for your population. And if you'd like me to be involved in this aspect of the research in any way, that would be of interest to me.

Regards,

Stephen.



# **APÊNDICES**





## APÊNDICE I

(Guião da Entrevista)



## GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista nº \_\_\_\_\_

### (1º Momento)

Data \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

### Objetivo:

Formalizar o pedido de colaboração às mães em idade reprodutiva tardia, para participarem no estudo, através do pedido de consentimento informado.

### Procedimentos:

- Apresentação pessoal;
- Apresentação do estudo: o tema, objetivos do estudo e importância da sua participação;
- Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, promovendo a confidencialidade das informações fornecidas pelas entrevistadas, assegurando assim o anonimato no tratamento dos dados;
- Entrega do documento do consentimento informado no caso de aceitação dos participantes e respectiva assinatura;
- Agradecer a cada entrevistada a sua colaboração.

Entrevista nº \_\_\_\_\_

### (2º Momento)

Data \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

**Identificação codificada das participantes:**

- Atribuição de símbolos aos nomes das participantes;

**Objetivos específicos da entrevista:**

- Descrever as experiências vivenciadas na maternidade em idade reprodutiva tardia;
- Perceber o papel dos diferentes intervenientes, nos programas de intervenção inseridos nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, analisando a sua influencia nas atitudes e ajustamento materno no pós-parto.
- Perceber o papel atribuído às intervenções de enfermagem na maternidade tardia, nos cursos de preparação para o parto e parentalidade;

**Entrevista orientada por três questões:**

- "Fale-me da sua experiência de maternidade em idade reprodutiva tardia (transição para parentalidade, interacção com o bebé)"
- "Gostaria que me dissesse, qual a importância que atribui aos cursos de preparação para o parto e parentalidade"
- "O que ajudou na construção do conhecimento no âmbito do curso de preparação para o parto e parentalidade, no sentido de efectuar uma transição segura no papel materno"

## APÊNDICE II

(Propriedades psicométricas do questionário *MAMA* pós-parto)



## Propriedades psicométricas do questionário *MAMA* pós-parto

Estatística descritiva do questionário *MAMA* pós-parto ( $N = 137$ )

Item	<i>Md</i>	<i>M<sub>o</sub></i>	Skewness	Kurtosis	Item	<i>Md</i>	<i>M<sub>o</sub></i>	Skewness	Kurtosis
1	2	3	-.050	-.540	31	1	1	2.165	4.405
2	2	2	.522	.516	32	2	2	.388	.036
3	2	2	.055	-.873	33	2	2	.281	-1.029
4	2	2	.174	-.922	34	2	2	.306	-.694
5	2	2	.252	.487	35	2	2	.077	-.354
6	1	1	2.965	9.013	36	2	2	.364	-.719
7	2	2	.599	.041	37	2	2	.333	-.640
8	1	1	7.245	52.854	38	2	1	.717	-.648
9	1	1	1.736	2.368	39	1	1	.925	-.211
10	1	1	1.723	2.078	40	1	1	1.845	3.930
11	2	1	.529	-.856	41	1	1	1.598	1.893
12	2	2	.556	-.579	42	1	1	1.765	4.371
13	3	3	-.627	-.205	43	1	1	1.147	.620
14	3	3	-.022	-.378	44	3	3	-.266	-.378
15	2	2	.286	-.836	45	2	2	.616	.771
16	1	1	3.545	10.723	46	2	2	.171	-.849
17	1	1	.437	-1.000	47	3	2	.061	-.350
18	1	1	1.906	3.532	48	1	1	1.969	5.356
19	3	3	-.216	-.221	49	2	2	1.107	1.559
20	1	1	1.947	4.659	50	2	1	.336	-1.206
21	3	3	-.365	-.019	51	3	2	.083	-1.009
22	1	1	1.823	2.755	52	1	1	2.092	4.646
23	2	1	.888	.382	53	2	1	.982	.994
24	1	1	2.156	3.748	54	2	2	.424	1.333
25	1	1	.983	.305	55	3	3	-.327	-.133
26	2	3	-.051	-1.215	56	2	1	.666	-.821
27	2	1	.327	-1.109	57	2	2	.862	.264
28	3	3	-.720	.019	58	3	3	-.411	-.279
29	1	1	3.545	10.723	59	2	2	.190	-.046
30	1	1	1.135	1.269	60	2	1	1.061	1.264

Valores de assimetria e curtose para todas as subescalas do *MAMA* pós-parto

	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>M<sub>o</sub></i>	Assimetria	Curtose
Imagem corporal	25.77	26	24	.460	.074
Sintomas Somáticos	23.99	24	21	.485	.336
Relação conjugal	21.02	20	21	.615	-.015
Atitude face ao sexo	22.53	22	24	.632	1.135
Atitude face à gravidez e ao bebé	21.99	22	23	.570	.644
Total	115.30	114	105	.418	.382

Correlações entre as subescalas e a escala total do *MAMA*

	Imagem corporal	Sintomas somáticos	Relação conjugal	Atitudes face ao sexo	Atitudes face à gravidez e ao bebê
Sintomas Somáticos	.20*				
Relação conjugal	.36**	.17*			
Atitude face ao sexo	.43**	.21*	.33**		
Atitude face à gravidez e ao bebê	.32**	.32**	.22*	.38**	
Total	.70**	.54**	.69**	.70**	.57**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$



## APÊNDICE III

(Propriedades psicométricas da *EapSM*)



Estudo da consistência interna da subescala experiência com o bebê/criança

<b>EapSM itens</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b>Item- total <i>r</i></b>	<b><math>\alpha</math> se o item for removido</b>
3. Tem sido difícil lidar com o choro do meu bebê/da minha criança.	1.16	.76	.31	.707
9. Senti-me nervosa ou apreensiva junto ao meu bebê/à minha criança	.56	.72	.51	.635
10. Preocupa-me que algo suceda ao meu bebê/à minha criança	1.83	.64	.40	.672
11. Tenho andado aborrecida ou irritada com o meu bebê/a minha criança.	.18	.47	.49	.657
12. Preocupa-me não ser tão boa mãe como as outras mães.	1.05	.77	.47	.651
13. Sinto-me culpada.	.28	.58	.48	.650

Estudo da consistência interna da subescala experiência como adulta

<b>EapSM itens</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b>Item- total <i>r</i></b>	<b><math>\alpha</math> se o item for removido</b>
2. Sinto saudades da vida que eu tinha antes de engravidar deste bebê/desta criança (ou no caso das mães adotivas: antes de ter este bebê/esta criança).	.55	.71	.43	.65
5. Tenho-me sentido sozinha ou isolada.	.79	.74	.57	.58
6. Tenho-me sentido entediada.	.37	.73	.45	.64
7. Tenho-me sentido pouco apoiada.	.69	.73	.50	.62
8. Não tive problema em pedir ajuda ou aconselhamento a outras pessoas quando necessitei.	.88	.84	.30	.71

# Estudo da consistência interna da subescala proximidade emocional

<i>EapSM</i> itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Item-total <i>r</i>	$\alpha$ se o item for removido
1. Senti-me confiante ao cuidar do meu bebé/da minha criança.	.27	.46	.02	—
4. Tenho-me sentido próxima do meu bebé/da minha criança.	.02	.15	.02	—

## Correlações Spearman entre os itens da *EapSM*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	—											
2	.334**	—										
3	.265**	.189*	—									
4	.023	.087	-.041	—								
5	.209*	.334**	.304**	.176*	—							
6	.239**	.461**	.130	.145	.369**	—						
7	.034	.269**	.397**	-.071	.554**	.269**	—					
8	.094	.095	.191*	.025	.281**	.221**	.387**	—				
9	.081	.073	.205*	.170*	.216*	.266**	.264**	.297**	—			
10	.030	.274**	.110	.047	.115	.333**	.190*	.264**	.383**	—		
11	.063	.163	.251**	-.060	.115	.265**	.203*	.279**	.260**	.279**	—	
12	.169*	.141	.302**	.131	.268**	.270**	.263**	.280**	.310**	.237**	.283**	—
13	-.036	.089	.199*	.036	.174*	.197*	.257**	.344**	.452**	.263**	.411**	.274**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

## APÊNDICE IV

(Publicação no Suplemento de Atas e Comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem)



## **Revisão da literatura (estado de arte): “vivências da maternidade em idade reprodutiva tardia”**

Autores

Sandra Maria Campinos Rodrigues\*, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes\*\*

Apresentadores

Sandra Maria Campinos Rodrigues\*

**Introdução:** A maternidade em idade reprodutiva tardia, é um problema actual da nossa sociedade, permitindo-nos constatar através dos dados estatísticos que, o número de mães após os 35 anos tem aumentado, representando 41,4% em 2000 e 50,1% em 2009 (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Neste sentido pretendemos fazer uma síntese de estudos que relatem a experiência da maternidade tardia, relacionados com a experiência vivida deste fenómeno, permitindo a sua compreensão, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar.

**Objectivos:** Relativamente aos objectivos, definiram-se os seguintes para esta investigação: analisar os resultados dos estudos que identificam e descrevem as vivências da mulher na maternidade em idade reprodutiva tardia; analisar os resultados dos estudos que identificam a influência das intervenções de Enfermagem na adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia.

**Metodologia:** Na nossa investigação utilizámos a revisão da literatura, sendo este um método de avaliação de um conjunto de dados que permite o aprofundamento sobre o tema em questão. No sentido de sistematizar a nossa pesquisa, numa primeira abordagem surgiu-nos como questão orientadora “Quais as vivências e significados da maternidade, experienciados pelas mulheres em idade reprodutiva tardia?”, que, por sua vez, direccionou a formulação da questão PICO “Que intervenções de Enfermagem promovem a adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia?”.

**Resultados:** No seguimento da revisão de literatura, as pesquisas avançadas foram efectuadas nas seguintes bases de dados: EBSCO, obtivemos 564 resultados, dos quais apenas 2 faziam parte dos critérios para análise; PUBMED, foram obtidos 135 artigos em texto integral, sendo seleccionados apenas 2 estudos; B-On - Biblioteca do Conhecimento on-line (10) - sendo que 5 dos quais eram estudos repetidos nas outras bases de dados, 3 abordavam estudos quantitativos e 2 não eram estudos científicos. Neste sentido, da análise efectuada, procedeu-se a uma reanálise interpretativa dos mesmos, no intuito de identificar os temas em comum e com maior evidência, que possam ajudar a compreender o fenómeno em questão. De uma forma global para os 4 estudos seleccionados nesta revisão de literatura, foram identificados os seguintes temas maior: “Maternidade Tardia”, “Determinantes bio-psico-sociais” e “Informação versus conhecimento”, servindo de base para a resposta do nosso estudo.

**Conclusões:** Consideramos que os estudos seleccionados foram elucidativos, na obtenção de uma resposta para a nossa questão, permitindo-nos compreender que as nossas intervenções de Enfermagem estão evidenciadas nas sessões de educação para a saúde, inerentes aos cursos de maternidade/parentalidade, verificando que a informação fornecida pela equipa de enfermagem nem sempre suprime as necessidades deste grupo específico. Neste sentido, devemos apostar numa intervenção prioritária, apostando assim, na promoção da qualidade dos cuidados prestados, ajustando a prática dos cuidados às necessidades, permitindo ganhos em saúde para a mulher em idade reprodutiva tardia e sua família.

**Palavras Chave:** Gravidez, Idade Materna, Educação, Enfermagem, Maternidade Tardia.

---

\* Hospital Infante D. Pedro Aveiro, Doutoranda no ICBAS

\*\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia





## APÊNDICE V

(Publicação de Artigo na *Revista de Enfermagem Nursing*)



## Revisão da Literatura (estado de arte): “Vivência da Maternidade em Idade Reprodutiva Tardia”

por Pedro Serra Pinto - Segunda-feira, Março 10, 2014

<http://www.nursing.pt/revisao-da-literatura-estado-de-arte-vivencia-da-maternidade-em-idade-reprodutiva-tardia/>

Sandra Maria Campinos Rodrigues

(Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia no Hospital Infante D. Pedro-Aveiro, a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto)

Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

(Doutora em Ciências de Enfermagem, Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

Instituição/Departamento: Trabalho elaborado no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto.

### RESUMO

O adiamento da maternidade é frequente em países industrializados, surgindo o primeiro filho após os 35 anos. Factores como estabilidade emocional e profissional, eficácia dos métodos contraceptivos e nível de escolaridade elevado, destacam-se como principais responsáveis pela maternidade tardia.

Neste seguimento, surgiu como questão orientadora: Que intervenções de enfermagem promovem a adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia?

Foram incluídos 4 estudos, publicados entre 1999-2009, pesquisados em bases de dados electrónicas, de texto integral.

Após análise e compreensão da experiência do fenómeno da maternidade em idade reprodutiva tardia, identificamos as áreas que necessitam de maior investimento, visando a prática de um cuidar holístico, agindo como promotores de mudanças, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

### ABSTRACT

The postponement of motherhood is common at industrialized countries, becoming the first child after 35

years old. Aspects such as professional and emotional stability, effectiveness of contraceptive methods and high level of education, are responsible for delayed childbearing.

Following this, emerged the question: -“what are the nursing interventions that promote adaptation to motherhood on women in late reproductive age?”

Were included four studies, published between 1999-2009, searched at electronic databases in full text. After analyzing and understanding the experience of the phenomenon to the experience of motherhood in late reproductive age, were identified areas that need more investment in order to practice a holist care, acting as promoters of change, promoting the quality of nursing care.

## INTRODUÇÃO

A experiência da maternidade é infinitamente variável, dependendo do significado que lhe é atribuído. É importante conhecer as representações, ou seja, o conteúdo dos esquemas cognitivos, sobre gravidez e maternidade para melhor compreender o comportamento de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe (1).

A maternidade tardia traduz-se na expressão “Grávida idosa”, trivial no vocabulário médico desde que a FIGO, em 1958, delimitou-se a situar após os 35 anos, a gravidez neste grupo etário, chamando a atenção para alguns dos fatores de risco e desfechos que lhe estão associados (2).

Relativamente aos dados estatísticos portugueses, as mulheres decidem ter o primeiro filho cada vez mais tarde, podemos assim constatar que em 2008, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 28,4 anos, verificando-se um aumento significativo para 28,6 anos em 2009. Constatamos ainda que, o número de mães após os 35 anos tem aumentado, representando 41,4% em 2000 e 50,1% em 2009 (3).

O entendimento da gravidez como um processo de interação entre a dimensão biológica e psicológica, que ao mesmo tempo é influenciado por variáveis psicossociológicas de natureza cultural, comprova a necessidade de mobilização de energia por parte da mulher para que ocorra uma adequada adaptação. No contexto específico de uma gravidez tardia, à qual é atribuído um carácter de risco, é exigido à gestante um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psicológico, sendo que uma complicação num destes dois níveis poderá influenciar a estabilidade do outro (4).

Tendo em conta que se pretende fazer uma síntese de estudos que relatem a experiência da maternidade tardia, recorreu-se a estudos enquadrados na metodologia de investigação qualitativa, que fizessem alusão à experiência vivida deste fenómeno.

Através dos relatos de experiência vivida, pode ter-se acesso a um conjunto de conhecimentos, sentimentos e emoções que, segundo uma estratégia quantitativa não era possível obter.

Segundo Laquinta (5), pela experiência vivida tem-se acesso ao conhecimento, o que pode facilitar a compreensão de um fenómeno, condicionando ou promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar.

Relativamente aos objetivos desta revisão da literatura definiram-se os seguintes:

-analisar os resultados dos estudos que identificam e descrevem as vivências da mulher na maternidade em idade reprodutiva tardia;

-verificar a influência das intervenções de enfermagem na adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia.

## A MATERNIDADE TARDIA

A maternidade é considerada um fenómeno individual e social, no qual a interação de fatores biológicos, afetivos, familiares, económicos, políticos e culturais, podem determinar o decurso da mesma (6).

Assim, ter filhos mais tarde significa ter menos filhos, não apenas porque a biologia o imponha, mas porque quanto mais é adiado um nascimento, maior é a possibilidade de o casal rever os seus objetivos de fecundidade em função dos fatores expostos, pelo que tendencialmente, o número de filhos desejados é inversamente relacionado com a idade da mulher (7).

Salientamos que, quanto mais tempo se está num determinado estado, maior é a tendência para permanecer nessa condição. Quanto mais a mulher/casal adia a tarefa reprodutiva, maior é a probabilidade de se envolverem em atividades alternativas aos papéis familiares, como sejam a carreira profissional, o terminar dos estudos ou a prossecução de outros.

A maternidade é encarada como uma decisão individual, e não como algo regido por regras sociais, os casais determinam, planeiam e escolhem livremente o momento ideal para serem pais (6).

No passado, a mulher que tinha filhos depois dos 35 anos, apresentava uma família numerosa, pertencendo a um baixo nível socioeconómico, com acesso restrito à área dos cuidados de saúde. Atualmente, a mulher que opta ter filhos com mais de 35 anos, é aquela que investiu na carreira profissional, no seu bem-estar económico e que deseja ter um filho depois de adquirir determinado grau de estabilidade na sua vida (7).

Em suma, aspetos como alteração do conceito de ser mãe, a passagem da família alargada à família nuclear e até à monoparental, a introdução das mulheres na vida profissional ativa, promoveu a gravidez após os 35 anos, assumindo assim, uma perspetiva sociodemográfica diferente da observada no passado, sendo cada vez maior o número de mulheres que adiam o projeto de ter um filho.

## METODOLOGIA

A nossa abordagem de pesquisa, a revisão da literatura, constitui-se de um método para avaliação de um conjunto de dados que permite o aprofundamento sobre o tema em questão.

Optámos por esta metodologia porque nos permite um olhar crítico e panorâmico de uma grande variedade de estudos sobre a problemática escolhida.

No sentido de sistematizar a nossa pesquisa, numa primeira abordagem surgiu-nos uma questão

orientadora da nossa pesquisa “-Quais as vivências e significados da maternidade, experienciados pelas mulheres em idade reprodutiva tardia?”, que, por sua vez, direcionou a formulação da questão PICO “-Que intervenções de enfermagem promovem a adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia?”

A formulação da questão é extremamente importante, servindo de base para a escolha do tipo de estudos adequados para dar resposta à questão enunciada.

No sentido de localizar e selecionar os estudos mais relevantes da temática em questão, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

-Serem estudos de investigação qualitativa, independentemente do método, que contribuam para a compreensão do fenómeno em estudo;

-Publicação dos estudos de 1999-2010 (inclusive) e estar disponíveis em texto integral.

Relativamente aos critérios de exclusão estabelecemos os seguintes:

-Estudos sem metodologia científica;

-Estudos de investigação quantitativa;

-Estudos aplicados a animais.

Procedeu-se então à pesquisa em três bases de dados eletrónicas, sendo estas: Pubmed, Ebsco e B-on. Estas bases de dados foram selecionadas, não só pela quantidade e qualidade de fontes, mas também pela sua acessibilidade.

A pesquisa foi realizada nos meses de Novembro de 2010 a Fevereiro de 2011, na qual procuramos analisar as investigações anteriormente publicadas sobre a temática em questão.

Numa primeira fase, foi realizada a seleção dos termos de pesquisa. Foram identificados os termos (descritores) relacionados a cada um dos componentes do método PICO, assim como todos os seus correspondentes em língua inglesa, através dos seguintes vocabulários estruturados de descritores controlados:

-MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>);

-DeCS (<http://decs.bvs.br/P/decsweb2011.htm>).

Segundo o método PICO, após a seleção dos termos de pesquisa devem ser escolhidos os operadores booleanos a utilizar, inter-relacionando os descritores na seguinte estratégia final: (P) AND (I) AND (C) AND (O). Depois de sucessivas pesquisas, foi definido um conjunto de sinónimos e termos que se relacionavam, permitindo obter uma expressão de pesquisa estável (standard), nomeadamente: Title: “pregnancy” AND “maternal age” OR “education” AND NURS\*.

Foi ainda realizado o truncamento “nurs\*” para ampliar os termos de pesquisa.

As pesquisas avançadas foram efetuadas nas seguintes bases de dados:

?EBSCO, obtivemos 564 resultados, dos quais apenas 2 faziam parte dos critérios para análise.

?PUBMED, foram obtidos 135 artigos em texto integral, sendo selecionados apenas 2 estudos.

?B – On – Biblioteca do Conhecimento on-line (10) – sendo que 5 dos quais eram estudos repetidos nas outras bases de dados, 3 abordavam estudos quantitativos e 2 não eram estudos científicos.

Este processo foi moroso e complicado uma vez que, apesar do número de artigos identificados, constatou-se que apenas um número reduzido se adequava aos critérios estabelecidos.

Os estudos selecionados para esta revisão obedecem a qualquer técnica de investigação qualitativa, realizados em mulheres que vivenciam a experiência da maternidade em idade reprodutiva tardia. A data de realização dos estudos é compreendida de 1999 a 2009, correspondendo a duas dissertações e dois artigos científicos.

Foram analisados e integrados em dois quadros. No Quadro I, evidenciamos os estudos selecionados, tendo em conta as seguintes variáveis – chave: número do estudo, autor, país e ano de publicação; objetivos; participantes e orientações metodológicas. Relativamente, ao Quadro II focamos os principais resultados dos estudos selecionados.

Quadro I – Resumo dos estudos constituintes da revisão sistemática

?

?

Quadro II- Resultados dos Estudos Seleccionados



?

?

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente à seleção dos estudos procedemos à avaliação crítica e análise dos mesmos. Realizou-se assim uma reinterpretação reflexiva, com o intuito de integrar as evidências identificadas na compreensão dos fenómenos vividos e dos significados a eles atribuídos.

Sendo assim, é possível tomar consciência de que os relatos de acontecimentos da experiência vivida possibilitam, a recolha da informação sobre a ocorrência da experiência e do contexto onde se desenvolve.

Neste sentido, na análise efetuada, procedeu-se a uma reanálise interpretativa dos mesmos, no intuito de identificar os temas em comum e com maior evidência, que possam ajudar a compreender o fenómeno em questão. De uma forma global para os 4 estudos selecionados nesta revisão de literatura, foram identificados os seguintes temas: “Maternidade Tardia”, “Determinantes bio-psico-sociais” e “Informação versus conhecimento” que serão desenvolvidos seguidamente.

?Maternidade tardia

Adiar a maternidade tem sido uma decisão predominantemente da mulher, que considera importante, antes de assumir a responsabilidade materna, investir em outras metas, como trabalho, estudo, etc. Sob essa perspetiva, é possível afirmar que se confirma a tendência de que o “ter filhos”, hoje, decorre de uma decisão deliberada, na qual pesam três componentes – a maturidade, a independência financeira e o estabelecimento de um relacionamento afetivo “estável” (8).

Atualmente as “mudanças no estilo de vida têm contribuído para desmistificar os valores referentes à idade. Assim, hoje já não há um rígido estabelecimento de fases da vida para casar e ter filhos, enfim, para a realização dos projetos pessoais” (8).

Por outro lado, a maternidade mantém-se presente na “estrutura de relevâncias femininas”, ainda que não possua mais o carácter de obrigação ou que não requeira mais da mulher dedicação exclusiva. O desejo e o prazer de ser mãe leva as mulheres não só a valorizarem essa experiência, mas também, a relativizá-la (8).

Oliveira (9) salienta que atualmente é “ (...) crescente o número de mulheres que optam por adiar a maternidade, ou não ter filhos. Ter um filho deve ser uma decisão deliberada, que envolve um projeto voluntário, no qual pesam fatores como o trabalho, a estabilidade social e afetiva, o desejo de concluir os estudos, a preocupação com os meios disponíveis para proporcionar uma boa educação para os filhos.”

Na opinião de Teixeira (8) o fenómeno do “prolongamento da vida”, resultante em parte dos avanços da ciência, contribui para prolongar também a adolescência, e consequentemente, para a ampliação da recusa aos papéis predeterminados. O adiamento da maternidade, também se dá nesse contexto, pois a “destraditionalização” da vida familiar promove o surgimento de novas modalidades de relacionamentos – mais flexíveis, por possibilitarem a coabitação, a maternidade tardia e o reordenamento das funções femininas.

#### ?Determinantes biopsicossociais

A maternidade é encarada como um processo de interação entre a dimensão biológica e psicológica, sendo ao mesmo tempo influenciada por variáveis psicossociológicas. Neste sentido, existe necessidade de equilíbrio entre as dimensões, no sentido de se verificar uma adaptação adequada por parte da mulher, essencialmente na mulher em idade reprodutiva tardia.

Na opinião de Oliveira, (9) “a maternidade e o processo gestacional é desencadeado depois da formação profissional, da estabilização financeira, entre outras variáveis”.

Oliveira (9) refere ainda que existe (...) “um aumento crescente do número de mulheres que optam pela gestação tardia ou por determinadas circunstâncias são levadas a isso, supõem-se que isso se deva a razões como a falta de estabilidade conjugal; a de autonomia profissional, instabilidade económica, instabilidade emocional ou ainda a existência de métodos contraceptivos que permitem à mulher decidir o momento que acha apropriada para viver a maternidade, que muitas vezes se torna tardia devido a tais motivos”.

As gestações após os 35 anos continuam a ser consideradas de alto risco, no entanto, estas gestações podem ser vivenciadas com menos angústias e ansiedades, na medida em que se desmistifiquem para as mulheres, a gravidez, o parto e o puerpério, sendo oferecido uma assistência adequada e de acordo com as necessidades deste grupo de mulheres (9).

A atual geração de mulheres começou a projetar-se, agora não apenas como esposa ou mãe, mas, no mundo do trabalho, passando a ocupar posições de destaque no âmbito profissional (9).

Determinantes como o investimento nas carreiras e o nível de escolaridade cada vez mais elevado contribuem para o adiamento da maternidade (10).

Existe assim, um número crescente de mulheres que adiam a maternidade, pois é comum decidir sobre o momento ideal do nascimento dos filhos. Decisão na qual pesam a situação social e económica, a maturidade e a criação de relações afetivas mais estáveis. Por outro lado, a idealização das novas funções femininas e das relações amorosas gera expectativas mais intensas e contribui para que algumas mulheres julguem necessário adiar a realização do desejo de ser mãe para um momento ideal (9).

#### ?Informação versus conhecimento

O conhecimento é considerado crucial no processo da maternidade, o que se verifica é que este conhecimento nem sempre é adquirido da melhor forma e em quantidades adequadas às necessidades, sendo importante filtrar ou selecionar a informação adquirida.

A educação para a saúde privilegiou desde sempre a participação mútua na partilha da informação, considerando que, profissionais e cidadãos têm saberes complementares, sendo parceiros na busca de melhores condições de vida e de transformação social.

Neste seguimento, Couto (11) refere que, “a preparação para o parto deve ser um momento privilegiado para a grávida e sua família, permitindo melhorar o conhecimento, o controle, a motivação e a vivência da grávida no parto e maternidade”.

A preparação para o parto é um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados tendo em conta o resultado esperado com ganhos em saúde para a grávida e sua família (11).

Neste contexto, o autor faz referência a uma nova designação para os cursos de preparação para o parto, nomeadamente, cursos de Preparação para o Parto/Maternidade, incorporados na cultura dominante da grávida e da sua família, tendo sempre em conta as representações mentais e sociais que emergem do seu conhecimento (11).

Carolan (10) refere que “Os profissionais têm que aprender o mais possível no sentido de prestar uma melhor assistência permitindo a transição para a maternidade”.

Salienta-se que é função do enfermeiro é informar qual o melhor caminho a seguir, minimizar dúvidas e angústias proporcionar uma assistência individual e coletiva com acompanhamento diferenciado junto da equipa de saúde (9).

O aumento da informação fornecida diminui o medo, mas a maior parte da informação não complementa as necessidades destas mulheres (10).

Concluindo o suporte teórico e prático é extremamente importante para a organização de novas intervenções de enfermagem, ajustando a prática dos cuidados às necessidades das grávidas, aprofundando saberes de enfermagem para melhores práticas (11).

## CONCLUSÃO

Após realização deste trabalho, constatamos que existe um número diminuto de estudos realizados nesta área, nomeadamente, estudos portugueses, constituindo uma limitação para a realização de um estudo aprofundado sobre a temática em questão.

A realização desta revisão da literatura revela-se um trabalho muito interessante, mas deveras exigente, uma vez que exige um processo reflexivo e interpretativo profundo dos achados identificados nos estudos originais, procurando agregar diferentes dados e obter respostas para a compreensão de um determinado fenómeno.

Ao analisar os artigos selecionados para esta revisão, conclui-se que a maternidade é uma experiência marcante na vida de uma mulher, existindo um conjunto de sentimentos, dúvidas, medos e incertezas que permitem compreender os sentimentos vivenciados e o significado da experiência da maternidade em idade reprodutiva tardia.

No sentido de encontrar uma resposta para o problema em análise, foram analisados os estudos selecionados, tendo sido identificados três temas de destaque, nomeadamente: “Maternidade Tardia”; “Determinantes Bio-psico-sociais” e “Informação versus Conhecimento”.

Consideramos que os estudos selecionados foram elucidativos, na obtenção de uma resposta para a nossa questão, permitindo-nos compreender que as nossas intervenções de enfermagem estão evidenciadas nas sessões de educação para a saúde, inerentes aos cursos de maternidade/parentalidade. Esta área de intervenção está relacionada com um dos nossos temas de destaque a “informação versus conhecimento”, sendo de ressaltar que é uma área que necessita de um maior investimento, visto que, verificamos que a informação fornecida pela equipa de enfermagem nem sempre suprime as necessidades deste grupo específico.

Concluindo, nós como Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, apostamos assim numa intervenção prioritária, neste sentido, visualizando a maternidade em idade reprodutiva tardia como uma problemática da nossa atualidade, apostando assim, na promoção da qualidade dos cuidados prestados, ajustando a prática dos cuidados às necessidades específicas deste grupo, permitindo ganhos em saúde para a mulher em idade reprodutiva tardia e sua família.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Canavarro, M. C. Psicologia da Gravidez e da Maternidade; 2ª Edição, Quarteto Editora, Coimbra, 2006.
- (2) Graça, L. M. Medicina Materna – Fetal; 3ª Edição, Lisboa: Lidel, 2005.
- (3) Instituto Nacional de Estatística [em linha] (2010). [Consult.24 de Fevereiro de 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http:// www.pordata.pt/azap\\_runtime/? N=26&SubThemeId=31&Varum=6](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?N=26&SubThemeId=31&Varum=6).
- (4) Leal, Isabel et al. Psicologia da Gravidez e da Parentalidade; Lisboa: Fim de Século, 2005.

- (5) Laquinta, M.L. Phenomenological lived experience of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Care Quality*, Jul 07: Volume 19: 280-289, 2004.
- (6) Camarneiro, A. P. Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé: Influência da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebés. Formasau, Coimbra, 2007.
- (7) Maciel, A. Gravidez e idade: os riscos e os mitos. *Rev Pais & Filhos* 2002 Abr; volume nº135: p.35-38.
- (8) Teixeira, E. et all. Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos; *Rev Brasil de Enf*, 1999 Mar, p. 1-77.
- (9) Oliveira, K. Aspetos Psicossociais e Emocionais que envolvem a gravidez tardia; *Rev Brasil de Enf*, 2009 Jul, p.8-13.
- (10) Carolan, M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing* 2005 Dez 16:1162-72.
- (11) Couto, GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto; *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006 Mar-Abr; 14 (2): p.190-198. [Consult. 20 de Março de 2011]. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

---

Obrigado por ler a [Nursing](#).

## APÊNDICE VI

(Artigo original publicado na *Revista de Enfermagem Nursing*)





## **Página de Identificação do Artigo**

### **Título:**

**Português:** Revisão da Literatura (estado de arte): “Vivência da Maternidade em Idade Reprodutiva Tardia”

**Inglês:** A literature review (state of art): “Experience of Motherhood in Late reproductive age”

### **Autores:**

**Sandra Maria Campinos Rodrigues**

(Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia no CHBV-UA, a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto)

**Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes**

(Doutora em Ciências de Enfermagem, Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

**Instituição/Departamento:** Trabalho elaborado no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto.

**Cidade:** Porto

**País:** Portugal

**Endereço electrónico da Instituição/ Departamento:** <http://www.icbas.up.pt>

**Autor responsável pela correspondência:**

Sandra Maria Campinos Rodrigues

sandracampinos@gmail.com

Telemóvel: 963731004

## **Resumo:**

O adiamento da maternidade é frequente em países industrializados, surgindo o primeiro filho após os 35 anos. Fatores como estabilidade emocional e profissional, eficácia dos métodos contraceptivos e nível de escolaridade elevado, destacam-se como principais responsáveis pela maternidade tardia.

Neste seguimento, surgiu como questão orientadora: Que intervenções de enfermagem promovem a adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia?

Foram incluídos 4 estudos, publicados entre 1999-2009, pesquisados em bases de dados electrónicas, de texto integral.

Após análise e compreensão da experiência do fenómeno da maternidade em idade reprodutiva tardia, identificamos as áreas que necessitam de maior investimento, visando a prática de um cuidar holístico, agindo como promotores de mudanças, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

**Descritores:** gravidez, idade materna, educação, enfermagem

## **Abstract**

The postponement of motherhood is common at industrialized countries, becoming the first child after 35 years old. Aspects such as professional and emotional stability, effectiveness of contraceptive methods and high level of education, are responsible for delayed childbearing.

Following this, emerged the question:-“what are the nursing interventions that promote adaptation to motherhood on women in late reproductive age?

Were included four studies, published between 1999-2009, searched at electronic databases in full text.

After analyzing and understanding the experience of the phenomenon to the experience of motherhood in late reproductive age, were identified areas that need more investment in order to practice a holist care, acting as promoters of change, promoting the quality of nursing care.

**Descriptors:** pregnancy, maternal age, education, nursing.

## INTRODUÇÃO

A experiência da maternidade é infinitamente variável, dependendo do significado que lhe é atribuído. É importante conhecer as representações, ou seja, o conteúdo dos esquemas cognitivos, sobre gravidez e maternidade para melhor compreender o comportamento de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe (Canavarro, 2006).

A maternidade tardia, traduz-se na expressão “Grávida idosa”, trivial no vocabulário médico desde que a FIGO, em 1958, delimitou situar-se após os 35 anos, a gravidez neste grupo etário, chamando a atenção para alguns dos fatores de risco e desfechos que lhe estão associados (Graça, 2005).

Relativamente aos dados estatísticos portugueses, as mulheres decidem ter o primeiro filho cada vez mais tarde, podemos assim constatar que em 2008, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 28,4 anos, verificando-se um aumento significativo para 28,6 anos em 2009. Constatamos ainda que, o número de mães após os 35 anos tem aumentado, representando 41,4% em 2000 e 50,1% em 2009 (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

O entendimento da gravidez como um processo de interação entre a dimensão biológica e psicológica, que ao mesmo tempo é influenciado por variáveis psicossociológicas de natureza cultural, comprova a necessidade de mobilização de energia por parte da mulher para que ocorra uma adequada adaptação. No contexto específico de uma gravidez tardia, à qual é atribuído um carácter de risco, é exigido à gestante um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psicológico, sendo que uma complicação num destes dois níveis poderá influenciar a estabilidade do outro (Leal, 2005).

Tendo em conta que se pretende fazer uma síntese de estudos que relatem a experiência da maternidade tardia, recorreu-se a estudos enquadrados na metodologia de investigação qualitativa, que fizessem alusão à experiência vivida deste fenómeno.

Através dos relatos de experiência vivida, pode ter-se acesso a um conjunto de conhecimentos, sentimentos e emoções que, segundo uma estratégia quantitativa não era possível obter.

Segundo Laquinta (2004), pela experiência vivida tem-se acesso ao conhecimento, o que pode facilitar a compreensão de um fenómeno, condicionando ou promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar.

Relativamente aos objetivos desta revisão da literatura definiram-se os seguintes:

-analisar os resultados dos estudos que identificam e descrevem as vivências da mulher na maternidade em idade reprodutiva tardia;

-verificar a influência das intervenções de enfermagem na adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia.

## A MATERNIDADE TARDIA

A maternidade é considerada um fenómeno individual e social, na qual a interacção de fatores biológicos, afectivos, familiares, económicos, políticos e culturais, podem determinar o decurso da mesma (Camarneiro, 2007).

Assim, ter filhos mais tarde significa ter menos filhos, não apenas porque a biologia o imponha, mas porque quanto mais é adiado um nascimento, maior é a possibilidade de o casal rever os seus objetivos de fecundidade em função dos fatores expostos, pelo que tendencialmente, o número de filhos desejados é inversamente relacionado com a idade da mulher (Maciel, 2002).

Salientamos que, quanto mais tempo se está num determinado estado, maior é a tendência para permanecer nessa condição. Quanto mais a mulher/casal adia a tarefa reprodutiva, maior é a probabilidade de se envolverem em actividades alternativas aos papéis familiares, como sejam a carreira profissional, o terminar dos estudos ou a prossecução de outros.

A maternidade é encarada como uma decisão individual, e não como algo regido por regras sociais, os casais determinam, planeiam e escolhem livremente o momento ideal para serem pais (Camarneiro, 2007).

No passado, a mulher que tinha filhos depois dos 35 anos, apresentava uma família numerosa, pertencendo a um baixo nível socioeconómico, com acesso restrito à área dos cuidados de saúde. Actualmente, a mulher que opta ter filhos com mais de 35 anos, é aquela que investiu na carreira profissional, no seu bem-estar económico e que deseja ter um filho depois de adquirir determinado grau de estabilidade na sua vida (Maciel, 2002).

Em suma, aspectos como alteração do conceito de ser mãe, a passagem da família alargada à família nuclear e até à monoparental, a introdução das mulheres na vida profissional activa, promoveu a gravidez após os 35 anos, assumindo assim, uma perspectiva sociodemográfica diferente da observada no passado, sendo cada vez maior o número de mulheres que adiam o projecto de ter um filho.

## METODOLOGIA

A nossa abordagem de pesquisa, a revisão da literatura, constitui-se de um método para avaliação de um conjunto de dados que permite o aprofundamento sobre o tema em questão.

Optámos por esta metodologia porque nos permite um olhar crítico e panorâmico de uma grande variedade de estudos sobre a problemática escolhida.

No sentido de sistematizar a nossa pesquisa, numa primeira abordagem surgiu-nos uma questão orientadora da nossa pesquisa “-Quais as vivências e significados da maternidade, experienciados pelas mulheres em idade reprodutiva tardia?”, que, por sua vez, direccionou a formulação da questão PICO “-Que intervenções de enfermagem promovem a adaptação à maternidade em mulheres em idade reprodutiva tardia?”

A formulação da questão é extremamente importante, servindo de base para a escolha do tipo de estudos adequados para dar resposta à questão enunciada.

No sentido de localizar e seleccionar os estudos mais relevantes da temática em questão, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Serem estudos de investigação qualitativa, independentemente do método, que contribuam para a compreensão do fenómeno em estudo;

- Publicação dos estudos de 1999-2010 (inclusive) e estar disponíveis em texto integral.

Relativamente aos critérios de exclusão estabelecemos os seguintes:

- Estudos sem metodologia científica;

- Estudos de investigação quantitativa;

- Estudos aplicados a animais.

Procedeu-se então à pesquisa em três bases de dados electrónicas, sendo estas: **Pubmed, Ebsco e B-on**. Estas bases de dados foram seleccionadas, não só pela quantidade e qualidade de fontes, mas também pela sua acessibilidade.

A pesquisa foi realizada nos meses de Novembro de 2010 a Fevereiro de 2011, na qual procuramos analisar as investigações anteriormente publicadas sobre a temática em questão.

Numa primeira fase, foi realizada a selecção dos termos de pesquisa. Foram identificados os termos (descritores) relacionados a cada um dos componentes do método PICO, assim como todos os seus correspondentes em língua inglesa, através dos seguintes vocabulários estruturados de descritores controlados:

-MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>);

-DeCS (<http://decs.bvs.br/P/decsweb2011.htm>).

Nobre et al (2006), refere que descritor é “um termo ou palavra-chave que a base de dados utiliza para indexar o artigo”. Sendo assim, o descritor confere mais especificidade à busca realizada, permitindo o encontro detalhado nas bases de dados. A escolha correcta destes termos é essencial para que a revisão sistemática realizada seja representativa do conhecimento existente sobre o tópico em questão.

Segundo o método PICO, após a selecção dos termos de pesquisa devem ser escolhidos os operadores booleanos a utilizar, inter-relacionando os descritores na seguinte estratégia final: (P) AND (I) AND (C) AND (O). Depois de sucessivas pesquisas, foi definido um conjunto de sinónimos e termos que se relacionavam, permitindo obter uma expressão de pesquisa estável (*standard*), nomeadamente: Title: “pregnancy” AND “maternal age” OR “education” AND NURS\*.

Foi ainda realizado o truncamento “nurs\*” para ampliar os termos de pesquisa.

As pesquisas avançadas foram efectuadas nas seguintes bases de dados:

- EBSCO, obtivemos 564 resultados, dos quais apenas 2 faziam parte dos critérios para análise.
- PUBMED, foram obtidos 135 artigos em texto integral, sendo seleccionados apenas 2 estudos.
- B – On - Biblioteca do Conhecimento on-line (10) – sendo que 5 dos quais eram estudos repetidos nas outras bases de dados, 3 abordavam estudos quantitativos e 2 não eram estudos científicos.

Este processo foi moroso e complicado uma vez que, apesar do número de artigos identificados, constatou-se que apenas um número reduzido se adequava aos critérios estabelecidos.

Os estudos seleccionados para esta revisão obedecem a qualquer técnica de investigação qualitativa, realizados em mulheres que vivenciam a experiência da maternidade em idade reprodutiva tardia. A data de realização dos mesmos, é compreendida de 1999 a 2009, correspondendo a duas dissertações e dois artigos científicos.

Foram analisados e integrados em dois quadros. No Quadro I, evidenciamos os estudos seleccionados, tendo em conta as seguintes variáveis – chave: número do estudo, autor, país e ano de publicação; objetivos; participantes e orientações metodológicas. Relativamente, ao Quadro II focamos os principais resultados dos estudos seleccionados.

## Quadro I – Resumo dos estudos constituintes da revisão sistemática

Autores Estudo; Título País; Ano de Publicação	Objetivos	Participantes	Orientações Metodológicas
<b>E1</b> Teixeira, Eliane et al. (1999). <b>Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos.</b> Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, março; 1-77	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Análise dos significados que as mulheres atribuem à gravidez e à maternidade após os 35 anos;</li> <li>•Analisar de que forma o processo de mudança social tem impacto nas percepções das mulheres, no que se refere à experiência materna após os 35 anos;</li> <li>•Analisar as percepções referentes à vida amorosa, ao trabalho e à fase da vida que as mulheres estão a vivenciar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Grávidas com idades compreendidas entre os 36 e os 39 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Investigação qualitativa:</li> <li>-Realizadas 9 entrevistas no ambulatório e pré-natal do Hospital Pedro Ernesto (no período de Julho a Outubro de 1998).</li> </ul>
<b>E2</b> Couto, R. Germano (2006). <b>Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto.</b> Revista Latino-americana Enfermagem, Portugal, março-abril; 14(2): 190-8	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Identificar as ideias e concepções consensuais que um grupo de enfermeiras possui sobre a Preparação para o Parto;</li> <li>•Saber quais as fontes de informação mais utilizadas pelas enfermeiras;</li> <li>•Saber qual a sua aceitação acerca de programas sobre Preparação para o parto como forma da grávida ter um trabalho de parto activo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Os participantes do estudo são 32 Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo uma amostra não-probabilística.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Investigação Qualitativa:</li> <li>-Estudo exploratório, descritivo, realizado mediante a utilização da Técnica de Delphi.</li> <li>-Análise de conteúdo de tipo indutiva interpretativa;</li> <li>-Utilizado o questionário para colheita de dados.</li> </ul>



<p><b>E3</b></p> <p>Carolan, Mary (2005). <b>Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years.</b> Journal of clinical Nursing, Toronto, dezembro; 16: 1162-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a experiência de ser mãe pela primeira vez aos 35 anos;</li> <li>• Compreender as necessidades de informação específicas deste grupo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 Mulheres /mães saudáveis pela primeira vez aos 35 anos, com idades compreendidas entre os 35-48 anos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigação qualitativa: Entrevistas realizadas em três momentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- às 35 s de gestação;</li> <li>- 10-14 dias após parto;</li> <li>- 6-8 meses após parto;</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>E4</b></p> <p>Oliveira, Kenia (2009). <b>Aspectos Psicossociais e Emocionais que envolvem a gravidez tardia.</b> Revista Brasileira de Enfermagem, julho; 1-8</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os aspectos psicossociais e emocionais que levam a mulher a uma concepção tardia;</li> <li>• Avaliar os fatores de risco da gestação após os trinta anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de 5 gestantes, na faixa etária dos 30-37 anos, no último trimestre de gestação;</li> </ul>	<p>Investigação Qualitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudo exploratório e descritivo,</li> <li>• entrevista individualizada (realizadas dentro da Unidade Mista de Saúde e em domicílios da região com abrangência do PSF – Programa Saúde da Família).</li> </ul>

## Quadro II – Resultados dos Estudos Seleccionados

ESTUDOS SELECCIONADOS	RESULTADOS
E1	<p>Os resultados neste estudo evidenciam que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Processo modernizador e as consequentes mudanças nos tradicionais padrões familiares imprimem marcas na experiência da maternidade;</li> <li>-O Aumento da incorporação da mulher no mercado de trabalho e o crescente peso do capital escolar influencia a maternidade;</li> <li>-Ser mãe não é o único objetivo já que o trabalho é fonte de realização pessoal.</li> </ul>
E2	<p>Como principais resultados neste estudo, destacamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a preparação para o parto deve ser um momento privilegiado para a grávida e sua família, permitindo melhorar o conhecimento, o controle, a motivação e a vivência da grávida no parto e maternidade;</li> <li>- a preparação para o parto é um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até ao puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados com vista a um resultado esperado com ganhos em saúde para a grávida e sua família.</li> <li>-as sessões de educação para a saúde, inerentes aos cursos de preparação para o parto, servem de suporte teórico e prático para a organização de novas intervenções de enfermagem, ajustando a prática dos cuidados às necessidades das grávidas, aprofundando saberes de enfermagem para melhores práticas.</li> </ul>

E3	<p>Conclui-se que :</p> <p>-O aumento da informação fornecida, diminui o medo, mas a maior parte da informação não complementa as necessidades destas mulheres.</p> <p>-Os profissionais têm que aprender o mais possível no sentido de prestar uma melhor assistência permitindo a transição para a maternidade.</p>
E4	<p>Pela análise dos dados nas entrevistas foram evidenciadas 4 categorias:</p> <p><u>-Gestação e planeamento familiar:</u></p> <p>A gravidez produz mudanças significativas, sendo importante ser planeada. Assim o planeamento permite que cada um planeie quando quer ter filhos esperando assim pelo momento mais adequado para o casal, permitindo o direito de escolha.</p> <p><u>-Fatores relevantes da gestação tardia</u></p> <p>Fatores como estabilidade afectiva, emocional e profissional e utilização correcta dos métodos contraceptivos, são dos fatores mais evidenciados.</p> <p><u>-Descobertas e modificações da gravidez</u></p> <p>Nesta categoria existiam duas opiniões distintas, quem planeou a maternidade sentia-se feliz visto ter escolhido o momento ideal. Nas situações não planeadas, apenas eram referidos os aspectos negativos da gravidez, havendo dificuldade em quantificar e qualificar os sentimentos e as emoções.</p> <p><u>-Adversidades psicológicas da mãe em relação à gestação, parto e bebé.</u></p> <p>As grávidas referem medo/ receio , os conflitos que se evidenciam é a ansiedade, insegurança, medo e preocupação face à gestação, parto e bebé. <b>Como conclusão final:</b> A função do enfermeiro é informar qual o melhor caminho a seguir, minimizar dúvidas e angústias proporcionar uma assistência individual e colectiva com acompanhamento diferenciado junto da equipa de saúde.</p>



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente à selecção dos estudos, procedemos à avaliação crítica e análise dos mesmos. Realizou-se assim uma reinterpretação reflexiva, com o intuito de integrar as evidências identificadas na compreensão dos fenómenos vividos e dos significados a eles atribuídos.

Sendo assim, é possível tomar consciência de que os relatos de acontecimentos da experiência vivida, possibilitam, a recolha da informação sobre a ocorrência da experiência e do contexto onde se desenvolve.

Neste sentido, na análise efectuada, procedeu-se a uma reanálise interpretativa dos mesmos, no intuito de identificar os temas em comum e com maior evidência, que possam ajudar a compreender o fenómeno em questão. De uma forma global para os 4 estudos seleccionados nesta revisão de literatura, foram identificados os seguintes temas: “*Maternidade Tardia*”, “*Determinantes bio-psico-sociais*” e “*Informação versus conhecimento*” que serão desenvolvidos seguidamente.

### •**Maternidade tardia**

Adiar a maternidade tem sido uma decisão predominantemente da mulher, que considera importante, antes de assumir a responsabilidade materna, investir em outras metas, como trabalho, estudo, etc. Sob essa perspectiva, é possível afirmar que se confirma a tendência de que o “ter filhos”, hoje, decorre de uma decisão deliberada, na qual pesam três componentes – a maturidade, a independência financeira e o estabelecimento de um relacionamento afectivo “estável” (Teixeira et al, 1999).

Actualmente as “mudanças no estilo de vida têm contribuído para desmistificar os valores referentes à idade. Assim, hoje já não há um rígido estabelecimento de fases da vida para o casar-se, o ter filhos, enfim, para a realização dos projectos pessoais” (Teixeira et al, 1999).

Por outro lado, a maternidade mantém-se presente na “estrutura de relevâncias femininas”, ainda que não possua mais o carácter de obrigação ou que não requeira mais da mulher dedicação exclusiva. O desejo e o prazer de ser mãe leva as mulheres não só a valorizarem essa experiência, mas também, a relativizá-la (Teixeira et al,

1999).

Oliveira (2009) salienta que actualmente é “ (...) crescente o número de mulheres que escolhem por adiar a maternidade, ou não querem ter filhos. Ter um filho deve ser uma decisão deliberada, que envolve um projecto voluntário, no qual pesam fatores como o trabalho, a estabilidade social e afectiva, o desejo de concluir os estudos, a preocupação com os meios disponíveis para proporcionar uma boa educação para os filhos.”

Na opinião de Teixeira et al. (1999) o fenómeno do “prolongamento da vida”, resultante em parte dos avanços da ciência, contribui para prolongar também a adolescência, e consequentemente, para a ampliação da recusa aos papéis predeterminados. O adiamento da maternidade, também se dá nesse contexto, pois a “destraditionalização” da vida familiar promove o surgimento de novas modalidades de relacionamentos – mais flexíveis, por possibilitarem a coabitação, a maternidade tardia, o reordenamento das funções femininas.

#### •Determinantes biopsicossociais

A maternidade é encarada como um processo de interacção entre a dimensão biológica e psicológica, sendo ao mesmo tempo influenciada por variáveis psicossociológicas. Neste sentido, existe necessidade de equilíbrio entre as dimensões, no sentido de se verificar uma adaptação adequada por parte da mulher, essencialmente na mulher em idade reprodutiva tardia.

Na opinião de Oliveira, (2009) “a maternidade e o processo gestacional é desencadeado depois da formação profissional, da estabilização financeira, entre outras variáveis”.

Oliveira (2009) refere ainda que existe (...) “um aumento crescente do número de mulheres que optam pela gestação tardia ou por determinadas circunstâncias são levadas a isso, supõem-se que isso se deva a razões como a falta de estabilidade conjugal; busca de autonomia profissional, instabilidade económica, instabilidade emocional ou ainda a existência de métodos contraceptivos que permitem à mulher decidir o momento que acha apropriada para viver a maternidade, que muitas vezes se torna tardia devido a tais motivos”.

As gestações após os trinta e cinco anos continuam a ser consideradas de alto risco, no entanto, estas gestações podem ser vivenciadas com menos angústias e ansiedades, na medida em que se desmistifiquem para as mulheres, a gravidez, o parto e o puerpério, sendo oferecido uma assistência adequada e de acordo com as necessidades deste grupo de mulheres (Teixeira et al., 1999).

A actual geração de mulheres começou a projectar-se, agora não apenas como esposa ou mãe, mas, no mundo do trabalho, passando a ocupar posições de destaque no âmbito profissional (Oliveira, 2009).

Determinantes como o investimento nas carreiras e o nível de escolaridade cada vez mais elevado, contribuem para o adiamento da maternidade (Carolan, 2005).

Existe assim, um número crescente de mulheres que adiam a maternidade, pois é comum decidir sobre o momento ideal do nascimento dos filhos. Decisão na qual pesam a situação social e económica, a maturidade e a criação de relações afectivas mais estáveis. Por outro lado, a idealização das novas funções femininas e das relações amorosas gera expectativas mais intensas e contribui para que algumas mulheres julguem necessário adiar a realização do desejo de ser mãe para um momento ideal (Teixeira et al., 1999).

#### **•Informação versus conhecimento**

O conhecimento é considerado crucial no processo da maternidade, o que se verifica é que este conhecimento nem sempre é adquirido da melhor forma e em quantidades adequadas às necessidades, sendo importante filtrar ou seleccionar a informação adquirida.

A educação para a saúde privilegiou desde sempre a participação mútua na partilha da informação, considerando que, profissionais e cidadãos têm saberes complementares, sendo parceiros na busca de melhores condições de vida e de transformação social.

Neste seguimento, Couto (2006) refere que, “a preparação para o parto deve ser um momento privilegiado para a grávida e sua família, permitindo melhorar o conhecimento, o controle, a motivação e a vivência da grávida no parto e maternidade”.

A preparação para o parto é um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados tendo em conta o resultado esperado com ganhos em saúde para a grávida e sua família (Couto, 2006).

Neste contexto, o autor faz referência a uma nova designação para os cursos de preparação para o parto, nomeadamente, cursos de Preparação para o Parto/Maternidade, incorporados na cultura dominante da grávida e da sua família, tendo sempre em conta as representações mentais e sociais que emergem do seu conhecimento (Couto, 2006).

Carolan (2005), refere que “Os profissionais têm que aprender o mais possível no sentido de prestar uma melhor assistência permitindo a transição para a maternidade”.

Na opinião de Oliveira, (2009) a função do enfermeiro é informar qual o melhor caminho a seguir, minimizar dúvidas e angústias proporcionar uma assistência individual e colectiva com acompanhamento diferenciado junto da equipa de saúde.

O aumento da informação fornecida, diminui o medo, mas a maior parte da informação não complementa as necessidades destas mulheres (Carolan, 2005).

Concluindo o suporte teórico e prático é extremamente importante para a organização de novas intervenções de enfermagem, ajustando a prática dos cuidados às necessidades das grávidas, aprofundando saberes de enfermagem para melhores práticas (Couto, 2006).



## CONCLUSÃO

Após realização deste trabalho, constatamos que existe um número diminuto de estudos realizados nesta área, nomeadamente, estudos portugueses, constituindo uma limitação para a realização de um estudo aprofundado sobre a temática em questão.

A realização desta revisão da literatura, revela-se um trabalho muito interessante, mas deveras exigente, uma vez que exige um processo reflexivo e interpretativo profundo dos achados identificados nos estudos originais, procurando agregar diferentes dados e obter respostas para a compreensão de um determinado fenómeno.

Ao analisar os artigos seleccionados para esta revisão, conclui-se que a maternidade é uma experiência marcante na vida de uma mulher, existindo um conjunto de sentimentos, dúvidas, medos e incertezas que permitem compreender os sentimentos vivenciados e o significado da experiência da maternidade em idade reprodutiva tardia.

No sentido de encontrar uma resposta para o problema em análise, foram analisados os estudos seleccionados, tendo sido identificados três temas de destaque, nomeadamente: “Maternidade Tardia”; “Determinantes Bio-psico-sociais” e “Informação versus Conhecimento”.

Consideramos que os estudos seleccionados foram elucidativos, na obtenção de uma resposta para a nossa questão, permitindo-nos compreender que as nossas intervenções de enfermagem estão evidenciadas nas sessões de educação para a saúde, inerentes aos cursos de maternidade/parentalidade. Esta área de intervenção está relacionada com um dos nossos temas de destaque a “informação versus conhecimento”, sendo de ressaltar que é uma área que necessita de um maior investimento, visto que, verificamos que a informação fornecida pela equipa de enfermagem nem sempre suprime as necessidades deste grupo específico.

Concluindo, nós como Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, apostamos assim numa intervenção prioritária, neste sentido, visualizando a maternidade em idade reprodutiva tardia como uma problemática da nossa actualidade, apostando assim, na promoção da qualidade dos cuidados prestados, ajustando a prática dos cuidados às necessidades específicas deste grupo, permitindo ganhos em saúde para a mulher em idade reprodutiva tardia e sua família.

## BIBLIOGRAFIA

- Camarneiro, A. P. Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé: Influência da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebés. Formasau, Coimbra, 2007, p.215.
- Canavarro, M. C. Psicologia da Gravidez e da Maternidade; 2ª Edição, Quarteto Editora, Coimbra, 2006.
- Carolan, M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing* 2005 Dez 16:1162-72.
- Couto, GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto; Rev Latino-am Enfermagem, 2006 Mar-Abr; 14 (2): p.190-198. [Consult. 20 de Março de 2011]. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- Graça, L. M. Medicina Materna – Fetal; 3ª Edição, Lisboa: Lidel, 2005.
- Instituto Nacional de Estatística [em linha] (2010). [Consult.24 de Fevereiro de 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http:// www.pordata.pt/azap\\_runtime/?N=26&SubThemeld=31&Varnum=6](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?N=26&SubThemeld=31&Varnum=6).
- Leal, Isabel et al. Psicologia da Gravidez e da Parentalidade; Lisboa: Fim de Século, 2005.
- Laquinta, M.L. Phenomenological lived experience of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Care Quality* 2004 Jul 07: Volume 19: 280-289.
- Maciel, A. Gravidez e idade: os riscos e os mitos. Rev Pais & Filhos 2002 Abr; volume nº135: p.35-38.
- Oliveira, K. Aspectos Psicossociais e Emocionais que envolvem a gravidez tardia; Rev Brasil de Enf, 2009 Jul,.p.8-13.
- Teixeira, E. et al. Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos; Rev Brasil de Enf, 1999 Mar, p. 1-77.